

SÉNÉGAL



Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS)

2014

RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL



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

2014

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

The DHS Program
ICF International
Rockville, Maryland, USA

Juin 2015



Ce rapport présente les résultats de la deuxième année de l'ECPSS réalisée en 2014 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 The DHS Program.

L'ECPSS 2014 a été réalisée avec l'appui financier de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), l'United Nations Population Fund (UNFPA), l'United Nations Children Fund (UNICEF) et le Micronutrient Initiative (MI). Ce rapport est l'œuvre des auteurs et ne représente pas nécessairement la politique de l'USAID.

Pour tous renseignements concernant l'ECPSS 2014, 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 The DHS Program, des renseignements peuvent être obtenus auprès de : ICF International, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850 USA ; Téléphone : (301) 407-6500 ; Fax : (301) 407-6501 ; E-mail : reports@dhsprogram.com ; Internet : <http://www.dhsprogram.com>

Citation recommandée :

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF International. 2015. *Sénégal : Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) 2014*. Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF International.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|------------|
| TABLEAUX ET GRAPHIQUES | v |
| SIGLES ET ABRÉVIATIONS | vii |
| CARTE ADMINISTRATIVE DU SÉNÉGAL | x |
| 1 INTRODUCTION | 1 |
| 1.1 Présentation..... | 1 |
| 1.2 Objectifs de l'enquête | 1 |
| 2 RÉALISATION DE L'ENQUÊTE | 3 |
| 2.1 Échantillonnage..... | 3 |
| 2.2 Questionnaires..... | 5 |
| 2.3 Formation, pré-test et collecte des données | 6 |
| 2.4 Analyse des données | 7 |
| 3 RESULTATS | 9 |
| 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 | 14 |
| 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 | 21 |
| 3.8 Disponibilité des services de santé maternelle et soins pour le nouveau-né | 29 |
| 3.9 VIH/Sida et IST | 38 |
| 3.10 Maladies non transmissibles | 45 |
| 3.11 Tuberculose (TB) | 47 |
| 3.12 Paludisme | 48 |
| ANNEXE A PERSONNEL DE L'ECPSS, 2014 | 53 |
| ANNEXE B QUESTIONNAIRES DE L'ECPSS, 2014 | 55 |

TABLEAUX ET GRAPHIQUES

| | | |
|----------------|---|----|
| Tableau 2.1 | Distribution des structures dans l'échantillonnage final par région..... | 4 |
| Tableau 2.2 | Distribution des structures enquêtées, selon certaines caractéristiques | 5 |
| Tableau 2.3 | Distribution des consultations observées..... | 8 |
| Tableau 3.1 | Disponibilité des services de base | 9 |
| Tableau 3.2 | Disponibilité des infrastructures de base pour répondre aux besoins des clients | 11 |
| Tableau 3.3.1 | Eléments de base pour le contrôle des infections par type de structure et autorité de gestion..... | 12 |
| Tableau 3.3.2 | Eléments de base pour le contrôle des infections par région..... | 13 |
| Tableau 3.4.1 | Capacité de diagnostic des laboratoires par type de structure et autorité de gestion | 15 |
| Tableau 3.4.2 | Capacité de diagnostic des laboratoires 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 ... | 20 |
| Tableau 3.9 | Disponibilité des vaccins..... | 21 |
| Tableau 3.10 | Disponibilité des services de planification familiale | 22 |
| Tableau 3.11.1 | Méthodes de planification familiale offerte par type de structure et autorité de gestion.. | 23 |
| Tableau 3.11.2 | Méthodes de planification familiale offerte par région | 24 |
| Tableau 3.12.1 | Méthodes de planification familiale fournies ¹ par type de structure et autorité de gestion dans les structures offrant des services de planification familiale..... | 25 |
| Tableau 3.12.2 | Méthodes de planification familiale fournies ¹ par région dans les structures offrant des services de planification familiale..... | 26 |
| Tableau 3.13.1 | Disponibilité des produits de planification familiale par type de structure et autorité de gestion..... | 27 |
| Tableau 3.13.2 | Disponibilité des produits de planification familiale par région..... | 28 |
| Tableau 3.14 | Disponibilité des services de santé maternelle | 30 |
| Tableau 3.15 | Disponibilité des services de consultation prénatale | 31 |
| Tableau 3.16 | Disponibilité des médicaments pour la consultation prénatale de routine..... | 32 |
| Tableau 3.17 | Normes et protocoles, personnel formé, et équipements des services d'accouchement... | 33 |
| Tableau 3.18.1 | Médicaments et produits pour l'accouchement et soins aux nouveau-nés par type de structure et autorité de gestion..... | 34 |
| Tableau 3.18.2 | Médicaments et produits pour l'accouchement et soins aux nouveau-nés par région | 35 |
| Tableau 3.19 | Activités essentielles en cas d'alerte pour les soins d'urgence obstétricale | 37 |
| 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 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 | 44 |
| 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..... | 49 |
| Tableau 3.29 | Disponibilité des médicaments et produits antipaludiques dans les structures offrant des services du paludisme..... | 52 |

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

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

| | |
|---------------|--|
| SIDA | Syndrome de l'Immunodéficience Acquisse |
| SONU | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence |
| SP | Sulfadoxine-Pyriméthamine |
| SPA | Service Provision Assessment |
| TA | Tension Artérielle |
| TB | Tuberculose |
| TDR | Test de Diagnostic Rapide |
| TPC | Taux de Prévalence Contraceptive |
| TPI | Traitement Préventif Intermittent |
| TPHA | Treponema Pallidum Hemagglutination Assay |
| USAID | United States Agency for International Development |
| UNFPA | United Nations Population Fund |
| UNICEF | United Nations Children's Fund |
| VAT | Vaccin Anti-tétanique |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |

CARTE ADMINISTRATIVE DU SÉNÉGAL



1 INTRODUCTION

1.1 Présentation

L'Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) du Sénégal 2014 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 The DHS Program.

Elle a été financée par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), l'United Nations Population Fund (UNFPA), l'United Nations Children's Fund (UNICEF) et de Micronutrient Initiative (MI).

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 dix mois et s'est déroulée de janvier 2014 à octobre 2014. 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 2014 aideront les décideurs et les responsables des programmes de santé à prioriser les interventions.

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

1.2 Objectifs de l'enquête

Les objectifs de l'ECPSS 2014 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 consultation prénatale 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 des cases de santé liées aux postes choisis.

Cet échantillonnage est similaire à celui de la première année, toutefois, aucune structure sélectionnée à la première année n'était incluse à la deuxième année.

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 464 structures sélectionnées pour l'ECPSS 2014 ; 452 ont été enquêtées avec succès ; soit une participation de 97,41 % (contre 95,6 % pour la première année).

L'échantillon des structures enquêtées comprend 35 hôpitaux (4 %), 62 centres de santé (8 %), 266 postes de santé (88 %) et 89 cases de santé.

Par ailleurs un peu plus des trois quarts des structures de l'échantillon appartiennent au secteur public (81 %), tandis que les structures privées représentent 19 %.

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 19 % 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 %.

La répartition de l'échantillon des structures enquêtées est pareille à celle de la première année du point de vue type de structure, autorité de gestion et régions.

Tableau 2.1 Distribution des structures dans l'échantillonnage final par région

Effectif de chaque type de structures sélectionnées pour l'échantillon de l'enquête, par région, Sénégal ECPSS 2014

| Type de structure | Région | | | | | | | | | | | | | | Total |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|------------|
| | Dakar | Diourbel | Fatick | Kaffrine | Kaolack | Kédougou | Kolda | Louga | Matam | Saint Louis | Sédhiou | Tambacounda | Thiès | Ziguinchor | |
| Type de structure | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hôpital | 22 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 | 1 | 42 |
| Centre de santé | 18 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 7 | 2 | 2 | 2 | 6 | 7 | 5 | 66 |
| Poste de santé | 39 | 17 | 16 | 19 | 16 | 16 | 13 | 14 | 13 | 20 | 16 | 16 | 31 | 20 | 266 |
| Case de santé | 0 | 3 | 5 | 6 | 6 | 9 | 6 | 5 | 5 | 7 | 4 | 4 | 15 | 8 | 90 |
| Total | 79 | 24 | 25 | 29 | 27 | 28 | 24 | 27 | 21 | 31 | 30 | 27 | 58 | 34 | 464 |

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 2014

| Caractéristique | Répartition en pourcentage pondéré des structures enquêtées | Effectif des structures enquêtées | |
|-----------------------------|---|-----------------------------------|-------------|
| | | Pondéré | Non pondéré |
| Type de structure | | | |
| Hôpital | 4 | 15 | 35 |
| Centre de santé | 8 | 29 | 62 |
| Poste de santé | 88 | 319 | 266 |
| Autorité de gestion | | | |
| Publique | 81 | 295 | 293 |
| ONG/Privé sans but lucratif | 4 | 14 | 13 |
| Privé | 9 | 32 | 38 |
| Privé confessionnel | 6 | 22 | 19 |
| Région | | | |
| Dakar | 19 | 69 | 72 |
| Diourbel | 7 | 25 | 21 |
| Fatick | 6 | 23 | 20 |
| Kaffrine | 4 | 14 | 21 |
| Kaolack | 6 | 23 | 21 |
| Kédougou | 2 | 9 | 18 |
| Kolda | 5 | 17 | 17 |
| Louga | 6 | 23 | 22 |
| Matam | 5 | 17 | 16 |
| Saint Louis | 8 | 29 | 24 |
| Sédhiou | 3 | 12 | 19 |
| Tambacounda | 7 | 25 | 23 |
| Thiès | 13 | 48 | 43 |
| Ziguinchor | 8 | 30 | 26 |
| Total | 100 | 363 | 363 |
| Case de santé | NA | 89 | 89 |

2.2 Questionnaires

Les outils de collecte utilisés sont basés sur les questionnaires mis au point par le projet The DHS Program et ont été adaptés pour le Sénégal de commun accord avec les services techniques du MSAS avant le démarrage de l'enquête continue en 2012-2013. Pour la deuxième année le questionnaire CPN a été adapté par le chef de la division mère-enfant de la DSRSE et des corrections ont été apportées sur les autres questionnaires en se basant sur l'expérience de la première année.

Au cours de l'ECPSS du Sénégal 2014, 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 de la maladie, symptômes et conseils). Pour cette deuxième année, les clients de services suivants ont été choisis pour l'observation : **consultation prénatale 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

Tous les questionnaires de l'ECPSS ont été pré-testés au cours de la formation initiale en 2012. Pour la deuxième année seule une révision a été organisée du 02 au 10 septembre 2013 puis du 16 au 18 décembre 2013.

La formation avait 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'un centre de santé, de trois postes de santé, tous du secteur publique (4 structures visitées à la révision) ;
- 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 cadres de l'ANSD, ainsi qu'un conseiller en EDS continue de l'USAID ont réalisé cette formation de révision ;

- Sur les 12 enquêteurs ayant participé à la révision 09 ont été retenus et organisés en 3 équipes de trois enquêteurs en plus d'un chauffeur pour chaque équipe ;
- 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 et un ingénieur en informatique avec l'appui du conseiller en EDS continue de l'USAID qui visitaient les équipes périodiquement et suivaient la qualité des données.

2.4 Analyse des données

Disponibilité des éléments : dans l'ECPSS 2014 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 tension artérielle (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. Le prestataire qui établit le diagnostic et prescrit un traitement est 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, consultation prénatale) 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 CPN, l'enquêteur a sélectionné 2 patientes en première visite pour une patiente en 2^{ème}, 3^{ème} ou 4^{ème} visite.

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 consultation prénatale.

Pour l'ECPSS 2014, le nombre total de patients dont la consultation a fait l'objet d'observation est de 1212 enfants malades (EM) et de 1211 clientes des services de la consultation prénatale (CPN).

La grande majorité de ces observations a été effectuée dans les postes de santé (81 % des EM et 81 % des CPN), suivi des centres de santé (13 % des EM et 15 % des CPN) avec un faible taux d'observations au niveau des hôpitaux (6 % des EM et 4 % des CPN).

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 consultation prénatale, selon le type de structure, Sénégal ECPSS 2014

| Type de structure | Pourcentage de la répartition des consultations observées | Effectif des consultations observées | |
|---|---|--------------------------------------|-------------|
| | | Pondéré | Non pondéré |
| SOINS CURATIFS AMBULATOIRES POUR ENFANTS MALADES | | | |
| Hôpital | 6 | 76 | 127 |
| Centre de santé | 13 | 160 | 260 |
| Poste de santé | 81 | 976 | 825 |
| Total | 100 | 1 212 | 1 212 |
| CONSULTATION PRENATALE | | | |
| Hôpital | 4 | 54 | 114 |
| Centre de santé | 15 | 179 | 289 |
| Poste de santé | 81 | 978 | 808 |
| Total | 100 | 1 211 | 1 211 |

3 RESULTATS

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 2014 du Sénégal a révélé une disponibilité satisfaisante des services de base de 74 % 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 (respectivement 96 % et 97 %), alors que les soins prénatals sont prodigués dans 91 % des structures et la planification familiale est proposée dans 87 % des structures. Par ailleurs, plus des trois quarts des structures offrent des services de vaccination et de suivi de la croissance (84 %).

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 2014

| Caractéristique | Soins curatifs infantiles | Services de suivi de la croissance des enfants | Services de vaccination infantile | Méthodes modernes de planification familiale | Services de soins prénatals (CPN) | Services pour les IST | Tous les services à la clientèle de base ¹ | Effectif des structures |
|----------------------------|---------------------------|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------|---|-------------------------|
| Type de structure | | | | | | | | |
| Hôpital | 83 | 40 | 28 | 73 | 79 | 94 | 16 | 15 |
| Centre de santé | 99 | 63 | 73 | 84 | 84 | 100 | 57 | 29 |
| Poste de santé | 97 | 88 | 87 | 88 | 92 | 97 | 78 | 319 |
| Autorité de gestion | | | | | | | | |
| Publique | 99 | 90 | 91 | 94 | 94 | 99 | 86 | 295 |
| Privé | 84 | 57 | 50 | 57 | 77 | 88 | 24 | 68 |
| Région | | | | | | | | |
| Dakar | 86 | 55 | 61 | 82 | 84 | 89 | 45 | 69 |
| Diourbel | 100 | 98 | 89 | 100 | 100 | 100 | 89 | 25 |
| Fatick | 100 | 88 | 99 | 99 | 99 | 100 | 88 | 23 |
| Kaffrine | 100 | 100 | 100 | 92 | 100 | 100 | 92 | 14 |
| Kaolack | 98 | 90 | 92 | 83 | 94 | 96 | 75 | 23 |
| Kédougou | 100 | 90 | 90 | 85 | 91 | 100 | 80 | 9 |
| Kolda | 91 | 66 | 71 | 79 | 82 | 90 | 64 | 17 |
| Louga | 100 | 98 | 86 | 90 | 88 | 100 | 84 | 23 |
| Matam | 100 | 100 | 99 | 100 | 100 | 100 | 99 | 17 |
| Saint Louis | 100 | 100 | 93 | 95 | 95 | 100 | 93 | 29 |
| Sédhiou | 100 | 87 | 87 | 97 | 97 | 100 | 87 | 12 |
| Tambacounda | 100 | 80 | 80 | 86 | 86 | 100 | 80 | 25 |
| Thiès | 96 | 92 | 86 | 80 | 92 | 100 | 70 | 48 |
| Ziguinchor | 100 | 86 | 87 | 75 | 84 | 100 | 67 | 30 |
| Total | 96 | 84 | 84 | 87 | 91 | 97 | 74 | 363 |
| Case de santé | 96 | 90 | 57 | 64 | 31 | 16 | 10 | 89 |

¹ 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, n'importe quelle méthode moderne de planification familiale, de la consultation prénatale et les services pour les infections sexuellement transmissibles (IST).

On constate comme pour la première année 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 86 % et 24 % pour tous les services de bases.

En outre, les services de base sont moins disponibles, dans les régions de Dakar, Kolda et Ziguinchor (respectivement 45 %, 64 % et 67 %).

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 (94 % contre 90 % la première année), une intimité visuelle et auditive (98 %), et la disponibilité de toilettes pour les patients (95 % contre 87% la première année), contrairement aux équipements de communication (50 %), ordinateur avec internet (51 %), mais aussi et surtout le transport d'urgence dont un peu plus d'une structure sur deux en dispose (54 %) surtout dans les régions de Saint-Louis et Matam ; à Thiès, Fatick, et Diourbel moins d'une structure sur deux en dispose. Par ailleurs, seulement un peu plus d'une structure sur deux dispose régulièrement d'électricité (53 %) ; ceci est beaucoup plus accentué dans les régions de Kaolack (20 %), Louga (22 %) et de Saint Louis (37 %) où seulement une structure sur trois parfois une structure sur cinq seulement 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 2014

| Caractéristique | Infrastructures | | | | | | | Effectif des structures |
|----------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|---------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| | Électricité régulière ¹ | Source d'eau améliorée ² | Intimité visuelle et auditive ³ | Latrine pour les patients ⁴ | Équipement de communication ⁵ | Ordinateur avec internet ⁶ | Transport d'urgence ⁷ | |
| Type de structure | | | | | | | | |
| Hôpital | 98 | 100 | 100 | 100 | 98 | 94 | 86 | 15 |
| Centre de santé | 65 | 100 | 98 | 100 | 80 | 74 | 85 | 29 |
| Poste de santé | 50 | 93 | 98 | 94 | 45 | 47 | 50 | 319 |
| Autorité de gestion | | | | | | | | |
| Publique | 54 | 93 | 98 | 94 | 45 | 45 | 56 | 295 |
| Privé | 51 | 99 | 100 | 98 | 75 | 77 | 47 | 68 |
| Région | | | | | | | | |
| Dakar | 53 | 100 | 99 | 96 | 87 | 78 | 55 | 69 |
| Diourbel | 46 | 100 | 100 | 100 | 42 | 63 | 45 | 25 |
| Fatick | 44 | 94 | 100 | 100 | 50 | 14 | 46 | 23 |
| Kaffrine | 49 | 95 | 100 | 81 | 44 | 30 | 76 | 14 |
| Kaolack | 20 | 100 | 100 | 94 | 45 | 55 | 66 | 23 |
| Kédougou | 73 | 89 | 100 | 67 | 38 | 37 | 50 | 9 |
| Kolda | 45 | 100 | 100 | 74 | 66 | 40 | 52 | 17 |
| Louga | 22 | 100 | 100 | 100 | 20 | 66 | 78 | 23 |
| Matam | 61 | 86 | 100 | 100 | 11 | 40 | 43 | 17 |
| Saint Louis | 37 | 100 | 100 | 100 | 33 | 67 | 41 | 29 |
| Sédhiou | 83 | 61 | 100 | 94 | 33 | 22 | 83 | 12 |
| Tambacounda | 73 | 83 | 90 | 90 | 28 | 22 | 62 | 25 |
| Thiès | 64 | 100 | 100 | 100 | 76 | 59 | 43 | 48 |
| Ziguinchor | 85 | 72 | 90 | 95 | 22 | 26 | 53 | 30 |
| Total | 53 | 94 | 98 | 95 | 50 | 51 | 54 | 363 |
| Case de santé | 26 | 64 | 96 | 57 | 26 | 1 | 23 | 89 |

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « équipements de base » pour l'évaluation du niveau de préparation général des services au sein des structures de santé, méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012).

¹ La structure est raccordée à un réseau électrique central et il n'y a pas eu d'interruption de l'alimentation électrique qui a duré pour plus de deux heures à la fois 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.

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

³ 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 de sorte qu'une conversation normale pourrait avoir lieu sans que le client ne soit vu ou ni entendu par d'autres.

⁴ La structure a une toilette fonctionnelle avec chasse d'eau / chasse manuelle, une fosse/latrine améliorée auto-aérée avec ou sans dalle, ou une toilette à compostage.

⁵ 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 courtes ondes disponible dans la structure.

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

⁷ 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 2014 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 et s'améliore davantage. En effet, l'enquête montre que (94 %) des structures, quelle que soit leur caractéristique, sont capables de procéder à l'élimination finale et en toute sécurité, des déchets piquants/coupants/tranchants (contre 80 % objectifs par l'ECPSS 2012-2013), 67 % sont aptes à l'élimination finale en toute sécurité des déchets infectieux, alors que 85 % sont en mesure d'assurer le

stockage approprié des déchets piquants/coupants/tranchants et que seulement 36 % sont en mesure d'assurer le stockage des déchets infectieux.

Tableau 3.3.1 Eléments 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 2014

| Eléments | Type de structure | | | Autorité de gestion | | Total | Case de santé |
|--|-------------------|-----------------|----------------|---------------------|-------|-------|---------------|
| | Hôpital | Centre de santé | Poste de santé | Publique | Privé | | |
| Équipement de stérilisation ¹ | 50 | 7 | 4 | 5 | 10 | 6 | NA |
| Équipement pour la désinfection à haut niveau ² | 97 | 90 | 89 | 91 | 83 | 90 | NA |
| Élimination finale en toute sécurité des déchets piquants/coupants/tranchants ³ | 89 | 83 | 95 | 94 | 91 | 94 | 47 |
| Élimination finale en toute sécurité des déchets infectieux ⁴ | 77 | 69 | 67 | 66 | 74 | 67 | 50 |
| Stockage approprié des déchets piquants/coupants/tranchants ⁵ | 77 | 77 | 86 | 88 | 72 | 85 | 68 |
| Stockage approprié des déchets infectieux ⁶ | 37 | 17 | 38 | 36 | 38 | 36 | 40 |
| Désinfectant/Antiseptique ⁷ | 87 | 82 | 90 | 90 | 86 | 90 | 85 |
| Seringues et aiguilles ⁸ | 73 | 64 | 73 | 73 | 71 | 72 | NA |
| Savon | 92 | 79 | 88 | 88 | 88 | 88 | 80 |
| Eau courante ⁹ | 92 | 81 | 88 | 88 | 88 | 88 | 65 |
| Savon et eau courante | 92 | 77 | 86 | 85 | 88 | 85 | 57 |
| Lave-main à base d'alcool | 78 | 53 | 70 | 66 | 81 | 69 | 32 |
| Savon et eau courante ou lave-mains à base d'alcool | 92 | 90 | 95 | 95 | 94 | 95 | 70 |
| Gants en latex ¹⁰ | 92 | 87 | 96 | 95 | 96 | 96 | 77 |
| Masques | 66 | 33 | 30 | 27 | 53 | 32 | NA |
| Blouses | 89 | 93 | 95 | 94 | 97 | 95 | NA |
| Protège-yeux | 14 | 3 | 8 | 7 | 13 | 8 | NA |
| Normes et protocoles pour les mesures de précautions de base ¹¹ | 32 | 38 | 58 | 58 | 40 | 55 | 39 |
| Effectif des structures | 15 | 29 | 319 | 295 | 68 | 363 | 89 |

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « précautions standard » pour l'évaluation du niveau de préparation général des services, méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012).

NA = Non applicable

¹ La structure déclare que certains instruments sont traités dans la structure et 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.

² La structure déclare que certains instruments sont traités dans la structure et 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 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.

³ 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.

⁴ 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.

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ 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.

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

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

¹⁰ Les gants équivalents pas en latex sont acceptables.

¹¹ 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. Eléments de base pour le contrôle des infections par région

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 par région, Sénégal ECPSS 2014

| Eléments | Région | | | | | | | | | | | | | Total | |
|--|--------|----------|--------|----------|---------|----------|-------|-------|-------|-------------|---------|-------------|-------|-------|------------|
| | Dakar | Diourbel | Fatick | Kaffrine | Kaolack | Kédougou | Kolda | Louga | Matam | Saint Louis | Sédhiou | Tambacounda | Thiès | | Ziguinchor |
| Équipement de stérilisation ¹ | 13 | 3 | 21 | 2 | 6 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 11 | 4 | 8 | 0 | 6 |
| Équipement pour la désinfection à haut niveau ² | 78 | 100 | 100 | 77 | 90 | 94 | 75 | 100 | 100 | 95 | 100 | 100 | 82 | 94 | 90 |
| Élimination finale en toute sécurité des déchets | 96 | 95 | 92 | 95 | 94 | 100 | 99 | 94 | 90 | 100 | 87 | 97 | 83 | 95 | 94 |
| Élimination finale en toute sécurité des déchets infectieux ⁴ | 70 | 84 | 55 | 56 | 53 | 64 | 60 | 66 | 61 | 72 | 60 | 83 | 63 | 76 | 67 |
| Stockage approprié des déchets piquants/coupants/tranchants ⁵ | 77 | 47 | 98 | 92 | 100 | 94 | 94 | 76 | 90 | 80 | 100 | 94 | 86 | 95 | 85 |
| Stockage approprié des déchets infectieux ⁶ | 31 | 26 | 22 | 53 | 59 | 62 | 32 | 52 | 60 | 42 | 75 | 17 | 23 | 26 | 36 |
| Désinfectant/Antiseptique ⁷ | 83 | 88 | 100 | 73 | 67 | 78 | 90 | 80 | 97 | 96 | 100 | 94 | 98 | 100 | 90 |
| Seringues et aiguilles ⁸ | 73 | 52 | 100 | 63 | 61 | 78 | 69 | 52 | 50 | 40 | 100 | 98 | 76 | 100 | 72 |
| Savon | 87 | 79 | 100 | 92 | 87 | 89 | 100 | 82 | 57 | 73 | 100 | 100 | 89 | 100 | 88 |
| Eau courante ⁹ | 84 | 84 | 100 | 92 | 94 | 89 | 100 | 82 | 57 | 78 | 94 | 100 | 89 | 94 | 88 |
| Savon et eau courante | 82 | 79 | 100 | 92 | 87 | 89 | 100 | 82 | 50 | 68 | 94 | 100 | 86 | 94 | 85 |
| Lave-main à base d'alcool | 68 | 66 | 62 | 87 | 77 | 74 | 81 | 78 | 66 | 64 | 91 | 18 | 84 | 65 | 69 |
| Savon et eau courante ou lave-mains à base d'alcool | 89 | 95 | 100 | 92 | 94 | 89 | 100 | 98 | 86 | 89 | 100 | 100 | 99 | 98 | 95 |
| Gants en latex ¹⁰ | 95 | 87 | 100 | 92 | 94 | 94 | 90 | 98 | 100 | 92 | 100 | 100 | 96 | 100 | 96 |
| Masques | 43 | 44 | 76 | 11 | 14 | 27 | 0 | 8 | 14 | 12 | 33 | 41 | 39 | 32 | 32 |
| Blouses | 97 | 62 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 98 | 86 | 94 | 100 | 100 | 94 | 100 | 95 |
| Protège-yeux | 10 | 0 | 33 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 | 28 | 22 | 6 | 2 | 8 |
| Normes et protocoles pour les mesures de précautions de base ¹¹ | 44 | 29 | 97 | 59 | 47 | 43 | 50 | 44 | 50 | 54 | 95 | 72 | 57 | 60 | 55 |
| Effectif des structures | 69 | 25 | 23 | 14 | 23 | 9 | 17 | 23 | 17 | 29 | 12 | 25 | 48 | 30 | 363 |

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « précautions standard » pour l'évaluation du niveau de préparation général des services, méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012).

¹ La structure déclare que certains instruments sont traités dans la structure et 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.

² La structure déclare que certains instruments sont traités dans la structure et 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 la structure a le glutaraldéhyde pour la désinfection à haut niveau chimique disponible quelque part dans la structure le jour de l'enquête.

³ 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.

⁴ 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 avant l'enlèvement hors de la structure.

⁵ 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 ou la chirurgie mineure se fait, si la structure fait des chirurgies mineures.

⁶ 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.

⁷ 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.

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

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

¹⁰ Les gants équivalents pas en latex sont acceptables.

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

S'agissant des équipements de stérilisation, on note que seulement (6 %) des structures en disposent ; il s'agit généralement des hôpitaux (50 %). 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, 95 % des structures disposent d'eau courante et de savon ou lave-main à base d'alcool et seulement (8 %) de protège-yeux contrairement à la première année avec respectivement 90 % et 4 %.

En ce qui concerne les régions, l'élimination finale en toute sécurité des déchets infectieux était beaucoup plus assuré dans les régions de Diourbel (84 %), Tambacounda (83 %), Ziguinchor (76 %), Saint Louis (72 %) et Dakar (70 %) que dans les autres régions du pays. Par contre le stockage approprié des déchets infectieux est meilleurs dans Sédhiou (75 %), Kédougou (62 %), Matam (60 %), Kalolack (59 %), Kaffrine (53 %) et Louga (52 %).

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 des laboratoires 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, l'autorité de gestion et la région.

L'ECPSS 2014 a permis de révéler une excellente capacité 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 94 % et 89 % au niveau national contre 83 et 82 % la première année), de même que la glycémie (65 % contre 17 % la première année). Par contre, (4 %) 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 en général étaient disponibles dans un peu plus d'un hôpital sur trois la première année ; par contre cette année un peu plus d'un hôpital sur deux dispose d'une machine/système à ultrason, un hôpital sur quatre dispose d'un appareil de radiographie et seulement 8 % des hôpitaux disposent d'un CT scan. Il faut aussi noter que le TDR du paludisme était disponible dans plus des trois quarts des cases de santé visitées (78 % contre 53 % la première année).

Tableau 3.4.1 Capacité de diagnostic des laboratoires 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 2014

| Tests de laboratoire | Type de structure | | | Autorité de gestion | | Total | Case de santé |
|---|-------------------|-----------------|----------------|---------------------|-----------|------------|---------------|
| | Hôpital | Centre de santé | Poste de santé | Publique | Privé | | |
| Tests de base | | | | | | | |
| Hémoglobine | 69 | 55 | 5 | 10 | 18 | 11 | NA |
| Glycémie | 30 | 70 | 66 | 68 | 51 | 65 | NA |
| Test de diagnostic du paludisme | 90 | 98 | 93 | 98 | 74 | 94 | 78 |
| Protéinurie | 70 | 57 | 50 | 53 | 43 | 51 | NA |
| Glycosurie | 70 | 60 | 49 | 52 | 45 | 51 | NA |
| Test de diagnostic du VIH | 85 | 81 | 90 | 93 | 71 | 89 | NA |
| Collection de tache de sang séché | 23 | 43 | 2 | 7 | 2 | 6 | NA |
| Microscopie de la TB | 25 | 48 | 3 | 7 | 9 | 8 | NA |
| Test de diagnostic rapide de la syphilis | 28 | 10 | 2 | 3 | 7 | 4 | NA |
| Microscopie générale | 63 | 71 | 8 | 13 | 25 | 15 | NA |
| Test de grossesse urinaire | 59 | 67 | 58 | 62 | 45 | 59 | NA |
| Test de la fonction hépatique ou rénale (ALT ou Créatinine) | 62 | 52 | 3 | 8 | 15 | 10 | NA |
| Tests diagnostiques avancés | | | | | | | |
| Électrolytes sériques | 62 | 53 | 2 | 8 | 12 | 9 | NA |
| Numération formule sanguine complète avec différentiels | 62 | 53 | 2 | 8 | 12 | 9 | NA |
| Groupage sanguin et compatibilité | 27 | 17 | 1 | 3 | 3 | 3 | NA |
| Comptage de CD4 | 25 | 19 | 0 | 3 | 0 | 3 | NA |
| Sérologie de la syphilis | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA |
| Coloration de Gram | 56 | 48 | 3 | 7 | 14 | 9 | NA |
| Microscopie des selles | 53 | 57 | 5 | 10 | 20 | 11 | NA |
| LCR ¹ /Numération du fluide corporel | 64 | 60 | 5 | 10 | 21 | 12 | NA |
| Équipement pour l'imagerie diagnostique | | | | | | | |
| Appareil de radiographie | 41 | 20 | 1 | 3 | 10 | 4 | NA |
| Machine/Système à ultrason | 53 | 32 | 3 | 5 | 17 | 8 | NA |
| CT Scan | 8 | 3 | 0 | 0 | 3 | 1 | NA |
| Effectif des structures | 15 | 29 | 319 | 295 | 68 | 363 | 89 |

Note : Les indicateurs de test de base présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « diagnostic » pour évaluer le niveau de préparation 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

¹ LCR = liquide céphalo-rachidien.

Tableau 3.4.2. Capacité de diagnostic des laboratoires 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, selon la région, Sénégal ECPSS 2014

| Tests de laboratoire | Région | | | | | | | | | | | | | Total |
|--|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-----------|
| | Dakar | Diourbel | Fatick | Kaffrine | Kaolack | Kédougou | Kolda | Louga | Matam | Saint Louis | Sédhiou | Tambacounda | Thiès | |
| Tests de base | | | | | | | | | | | | | | |
| Hémoglobine | 27 | 13 | 4 | 2 | 8 | 10 | 13 | 6 | 4 | 6 | 5 | 12 | 10 | 5 |
| Glycémie | 40 | 94 | 59 | 57 | 82 | 62 | 33 | 70 | 78 | 91 | 81 | 63 | 69 | 66 |
| Test de diagnostic du paludisme | 82 | 95 | 100 | 100 | 94 | 95 | 94 | 94 | 100 | 95 | 100 | 100 | 92 | 100 |
| Protéinurie | 50 | 65 | 86 | 21 | 35 | 17 | 19 | 56 | 33 | 51 | 91 | 52 | 55 | 55 |
| Glycosurie | 53 | 81 | 58 | 21 | 37 | 28 | 19 | 50 | 33 | 61 | 86 | 35 | 61 | 50 |
| Test de diagnostic du VIH | 77 | 100 | 100 | 100 | 94 | 95 | 82 | 90 | 86 | 90 | 97 | 91 | 92 | 84 |
| Collection de tache de sang séché | 8 | 5 | 6 | 5 | 4 | 8 | 11 | 4 | 7 | 6 | 16 | 7 | 7 | 2 |
| Microscopie de la TB | 12 | 2 | 6 | 7 | 2 | 5 | 13 | 6 | 4 | 6 | 5 | 12 | 7 | 11 |
| Test de diagnostic rapide de la syphilis | 9 | 0 | 0 | 2 | 4 | 0 | 11 | 0 | 3 | 2 | 2 | 7 | 4 | 3 |
| Microscopie générale | 30 | 7 | 6 | 11 | 8 | 24 | 13 | 14 | 4 | 6 | 5 | 12 | 15 | 22 |
| Test de grossesse urinaire | 51 | 78 | 86 | 21 | 37 | 23 | 19 | 54 | 47 | 71 | 100 | 79 | 60 | 70 |
| Test de la fonction hépatique ou rénale (AL T ou Créatinine) | 22 | 7 | 4 | 11 | 6 | 0 | 6 | 14 | 4 | 4 | 2 | 6 | 9 | 5 |
| Tests diagnostiques avancés | | | | | | | | | | | | | | |
| Electrolytes sériques | 22 | 7 | 4 | 2 | 6 | 5 | 6 | 6 | 4 | 6 | 5 | 6 | 10 | 2 |
| Numération formule sanguine complète avec différentiels | 22 | 7 | 4 | 2 | 6 | 5 | 6 | 6 | 4 | 6 | 5 | 6 | 10 | 2 |
| Groupe sanguin et compatibilité | 7 | 0 | 0 | 2 | 6 | 0 | 4 | 6 | 4 | 0 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Comptage de CD4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 4 | 0 | 1 | 4 | 0 | 4 | 2 | 3 |
| Sérologie de la syphilis | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Coloration de Gram | 18 | 7 | 4 | 7 | 8 | 5 | 6 | 6 | 7 | 2 | 2 | 6 | 12 | 3 |
| Microscopie des selles | 24 | 7 | 6 | 11 | 8 | 5 | 6 | 6 | 4 | 2 | 5 | 8 | 13 | 19 |
| LCR ¹ / Numération du fluide corporel | 24 | 13 | 4 | 11 | 8 | 13 | 6 | 8 | 5 | 6 | 5 | 8 | 12 | 18 |
| Équipement pour l'imagerie diagnostique | | | | | | | | | | | | | | |
| Appareil de radiographie | 8 | 5 | 2 | 0 | 6 | 0 | 0 | 4 | 1 | 2 | 2 | 3 | 8 | 3 |
| Machine/Système à ultrason | 19 | 7 | 4 | 0 | 6 | 0 | 1 | 6 | 4 | 11 | 3 | 12 | 3 | 2 |
| CT Scan | 3 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Effectif des structures | 69 | 25 | 23 | 14 | 23 | 9 | 17 | 23 | 17 | 29 | 12 | 25 | 48 | 30 |
| Total | 363 | | | | | | | | | | | | | |

Note : Les indicateurs de test de base présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « diagnostic » pour évaluer le niveau de préparation des services généraux au sein des structures de santé selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012).

¹ 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'ECPSS 2014 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 3, regroupant les techniciens supérieurs, se retrouvent spécifiquement au niveau des hôpitaux et des centres de santé. Les prestataires du type 4 qui regroupent les infirmiers, et les sages-femmes se retrouvent dans toutes les structures sauf au niveau des cases de santé. Le personnel communautaire, représentant le type 6 et regroupant tous les Agents de Santé Communautaire (ASC) se retrouve généralement dans les centres, postes et cases de santé.

Le nombre médian du personnel est presque identique durant ces deux années d'enquête à l'exception des prestataires de type 1, au niveau des hôpitaux dont le nombre médian est le double cette année.

Tableau 3.5 Configuration de personnel dans les structures interviewées

Nombre médian¹ des prestataires, engagés par, ou affectés à la structure, selon le type de prestataire et le type de structure, Sénégal ECPSS 2014

| Type de structure | Nombre médian de prestataires affectés à/ employés par/détachés auprès de la structure | | | | Effectif des structures |
|-------------------|--|---|--|---|-------------------------|
| | Prestataire type 1 - médecin gen/chir/spec | Prestataire type 3 - technicien supérieur | Prestataire type 4 - infirmier(e)/sage femme | Prestataire type 6 - matrone/relais/ASC | |
| Hôpital | 4 | 5 | 16 | 6 | 15 |
| Centre de santé | 2 | 3 | 10 | 9 | 29 |
| Poste de santé | - | - | 2 | 6 | 319 |
| Total | - | - | 2 | 6 | 363 |
| Case de santé | NA | NA | NA | 3 | 89 |

NA = Non applicable

- = Nombre médian est inférieur à un

¹ 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 Continue de 2012-2013, l'état de santé des enfants reste toujours préoccupant, particulièrement celui des nouveau-nés malgré une amélioration progressive. L'ECPSS 2014 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 (87 %) contre seulement un peu plus de quatre sur dix dans le privé (44 %). Les postes de santé sont les structures qui offrent dans une plus grande proportion les trois services avec 84 % contre 60 % pour les centres de santé et 16 % pour les hôpitaux. Les hôpitaux sont des structures de référence où le service infantile le plus offert correspond aux soins curatifs (83 %). Par contre, pour la vaccination, les postes de santé sont plus performants que toutes les autres structures avec 87 % de disponibilité. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés dans la première année.

La disponibilité des services de soins curatifs et de suivi de la promotion de la croissance est meilleure dans les structures de proximité que sont les cases de santé et les postes ce qui constitue un atout pour la population du fait de leur accessibilité géographique et socioculturelle. Malgré le fait que 96 % des cases de santé proposent les services de soins curatifs et 90 % ceux de suivi de la promotion de la croissance, la vaccination n'est offerte que dans 57 % des cases en stratégie avancée (45 % la première année).

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 2014

| Caractéristique | Pourcentage des structures offrant : | | | | | Effectif des structures |
|----------------------------|--------------------------------------|------------------------|------------------------------------|--|--|-------------------------|
| | Soins curatifs infantiles | Suivi de la croissance | Vaccination infantile ¹ | Tous les 3 services de santé infantile de base | Supplémentation de routine en vitamine A | |
| Type de structure | | | | | | |
| Hôpital | 83 | 40 | 28 | 16 | 46 | 15 |
| Centre de santé | 99 | 63 | 73 | 60 | 66 | 29 |
| Poste de santé | 97 | 88 | 87 | 84 | 86 | 319 |
| Autorité de gestion | | | | | | |
| Publique | 99 | 90 | 91 | 87 | 90 | 295 |
| Privé | 84 | 57 | 50 | 44 | 55 | 68 |
| Région | | | | | | |
| Dakar | 86 | 55 | 61 | 47 | 53 | 69 |
| Diourbel | 100 | 98 | 89 | 89 | 98 | 25 |
| Fatick | 100 | 88 | 99 | 88 | 99 | 23 |
| Kaffrine | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 14 |
| Kaolack | 98 | 90 | 92 | 86 | 94 | 23 |
| Kédougou | 100 | 90 | 90 | 90 | 90 | 9 |
| Kolda | 91 | 66 | 71 | 66 | 68 | 17 |
| Louga | 100 | 98 | 86 | 86 | 100 | 23 |
| Matam | 100 | 100 | 99 | 99 | 93 | 17 |
| Saint Louis | 100 | 100 | 93 | 93 | 94 | 29 |
| Sédhiou | 100 | 87 | 87 | 87 | 91 | 12 |
| Tambacounda | 100 | 80 | 80 | 80 | 83 | 25 |
| Thiès | 96 | 92 | 86 | 85 | 85 | 48 |
| Ziguinchor | 100 | 86 | 87 | 81 | 82 | 30 |
| Total | 96 | 84 | 84 | 79 | 83 | 363 |
| Case de santé | 96 | 90 | 57 | 50 | 64 | 89 |

¹ 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 86 %, suivi des centres de santé avec 66 % et des cases de santé avec 64 %.

Par ailleurs, on note une bonne répartition de tous les services de santé infantile de base sur l'ensemble du territoire national allant de 66 % à Kolda à 100 % dans la région de Kaffrine, Dakar fait exception où moins d'une structure sur deux les offre. Au niveau national, la disponibilité des 3 services infantiles de base se situe à 79 % 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 (99 %), 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 95 %.

Par contre, pour le suivi de la croissance, seul un peu plus d'un poste de santé sur deux assure le suivi de la croissance à cette fréquence parmi les structures qui offrent ce service (57 %), et très peu de cases de santé offrent ce service : 18 % le font 5 jours ou plus 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 à une fréquence spécifique, selon certaines caractéristiques. Sénégal ECPSS 2014

| 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 |
| Type de structure | | | | | | | | |
| Hôpital | 8 | 4 | 88 | 12 | 6 | 0 | 90 | 6 |
| Centre de santé | 0 | 2 | 98 | 29 | 15 | 0 | 75 | 18 |
| Poste de santé | 0 | 0 | 100 | 308 | 15 | 1 | 57 | 280 |
| Autorité de gestion | | | | | | | | |
| Publique | 0 | 0 | 100 | 292 | 14 | 1 | 58 | 266 |
| Privé | 4 | 1 | 95 | 58 | 22 | 0 | 60 | 39 |
| Région | | | | | | | | |
| Dakar | 4 | 1 | 95 | 59 | 17 | 0 | 76 | 38 |
| Diourbel | 0 | 0 | 100 | 25 | 12 | 11 | 78 | 24 |
| Fatick | 0 | 0 | 100 | 23 | 36 | 0 | 24 | 20 |
| Kaffrine | 0 | 0 | 100 | 14 | 19 | 0 | 42 | 14 |
| Kaolack | 0 | 0 | 100 | 23 | 20 | 0 | 59 | 21 |
| Kédougou | 0 | 0 | 100 | 9 | 28 | 0 | 29 | 8 |
| Kolda | 0 | 0 | 100 | 15 | 19 | 0 | 19 | 11 |
| Louga | 0 | 0 | 100 | 23 | 19 | 0 | 63 | 22 |
| Matam | 0 | 0 | 100 | 17 | 0 | 0 | 100 | 17 |
| Saint Louis | 0 | 0 | 100 | 29 | 0 | 0 | 100 | 29 |
| Sédhiou | 0 | 0 | 100 | 12 | 26 | 6 | 13 | 10 |
| Tambacounda | 0 | 0 | 100 | 25 | 28 | 0 | 44 | 20 |
| Thiès | 0 | 0 | 100 | 46 | 7 | 0 | 70 | 44 |
| Ziguinchor | 0 | 2 | 98 | 30 | 6 | 0 | 5 | 26 |
| Total | 1 | 0 | 99 | 350 | 15 | 1 | 58 | 305 |
| Case de santé | 3 | 0 | 95 | 86 | 14 | 0 | 18 | 80 |

¹ 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 %.

Ziguinchor se retrouve encore cette année comme étant la région où le suivi de la croissance est le plus rarement disponible 5 jours sur 7 avec 5 %. A Sédhiou (13 %) et Kolda (19 %) les valeurs sont aussi basses.

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 réutilisables (polio et DTC/PENTA) sont administrés pratiquement tous les jours ouvrables de la semaine dans un peu plus d'une structure sur trois (37 %), ceux contre la rougeole, la tuberculose et la fièvre jaune le sont dans deux structures sur dix (2 %) parmi toutes les structures offrant les services de routine de vaccination infantile (vaccins jetés six heures après ouverture des flacons).

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 2014

| Caractéristique | Vaccination de routine du DTC/ Pentavalent | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|----|----|----|--|
| | Vaccination de routine de la polio | | | | | | | 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 | 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 | | | | |
| Type de structure | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hôpital | 36 | 10 | 48 | 4 | 36 | 10 | 48 | 4 | 22 | 10 | 23 | 4 | 32 | 10 | 23 | 4 | 22 | 10 | 23 | 4 | 22 | 10 | 23 | |
| Centre de santé | 29 | 2 | 61 | 22 | 32 | 2 | 58 | 22 | 56 | 5 | 6 | 21 | 53 | 5 | 9 | 21 | 56 | 5 | 6 | 21 | 56 | 5 | 6 | |
| Poste de santé | 29 | 3 | 35 | 279 | 29 | 2 | 35 | 280 | 41 | 3 | 2 | 279 | 39 | 2 | 1 | 276 | 42 | 3 | 1 | 277 | 42 | 3 | 1 | |
| Autorité de gestion | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Publique | 31 | 3 | 36 | 269 | 32 | 2 | 35 | 269 | 45 | 3 | 1 | 269 | 41 | 3 | 1 | 267 | 45 | 3 | 1 | 269 | 45 | 3 | 1 | |
| Privé | 16 | 4 | 50 | 36 | 15 | 4 | 51 | 37 | 25 | 4 | 16 | 36 | 37 | 0 | 5 | 34 | 26 | 4 | 13 | 34 | 26 | 4 | 13 | |
| Région | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dakar | 18 | 9 | 66 | 43 | 18 | 5 | 71 | 44 | 67 | 5 | 10 | 44 | 70 | 6 | 7 | 42 | 69 | 5 | 7 | 42 | 69 | 5 | 7 | |
| Diourbel | 47 | 0 | 47 | 22 | 47 | 0 | 47 | 22 | 74 | 8 | 0 | 22 | 68 | 8 | 0 | 22 | 74 | 8 | 0 | 22 | 74 | 8 | 0 | |
| Fatick | 60 | 0 | 11 | 23 | 60 | 0 | 11 | 23 | 19 | 0 | 0 | 23 | 19 | 0 | 0 | 23 | 19 | 0 | 0 | 23 | 19 | 0 | 0 | |
| Kafrine | 24 | 0 | 19 | 14 | 38 | 0 | 5 | 14 | 43 | 0 | 0 | 14 | 43 | 0 | 0 | 14 | 43 | 0 | 0 | 14 | 43 | 0 | 0 | |
| Kaolack | 37 | 7 | 20 | 22 | 37 | 7 | 20 | 22 | 45 | 7 | 6 | 22 | 49 | 7 | 2 | 22 | 45 | 7 | 6 | 22 | 45 | 7 | 6 | |
| Kédougou | 31 | 0 | 21 | 8 | 40 | 0 | 12 | 8 | 47 | 0 | 0 | 8 | 49 | 0 | 0 | 7 | 49 | 0 | 0 | 7 | 49 | 0 | 0 | |
| Kolda | 18 | 9 | 15 | 12 | 18 | 9 | 15 | 12 | 33 | 9 | 0 | 12 | 27 | 9 | 6 | 12 | 33 | 9 | 0 | 12 | 33 | 9 | 0 | |
| Louga | 44 | 7 | 49 | 20 | 44 | 7 | 49 | 20 | 58 | 7 | 7 | 20 | 51 | 7 | 7 | 20 | 58 | 7 | 7 | 20 | 58 | 7 | 7 | |
| Matam | 27 | 0 | 22 | 17 | 27 | 0 | 22 | 17 | 29 | 0 | 0 | 17 | 15 | 0 | 0 | 17 | 29 | 0 | 0 | 17 | 29 | 0 | 0 | |
| Saint Louis | 20 | 0 | 60 | 27 | 20 | 0 | 60 | 27 | 52 | 0 | 0 | 27 | 50 | 0 | 0 | 25 | 52 | 0 | 0 | 27 | 52 | 0 | 0 | |
| Sédhiou | 29 | 0 | 0 | 10 | 29 | 0 | 0 | 10 | 6 | 0 | 0 | 10 | 6 | 0 | 0 | 10 | 6 | 0 | 0 | 10 | 6 | 0 | 0 | |
| Tambacounda | 10 | 0 | 33 | 20 | 10 | 0 | 33 | 20 | 14 | 0 | 0 | 20 | 12 | 0 | 2 | 20 | 14 | 0 | 0 | 20 | 14 | 0 | 0 | |
| Thiès | 34 | 4 | 48 | 42 | 34 | 4 | 48 | 42 | 46 | 4 | 0 | 42 | 50 | 0 | 0 | 42 | 46 | 4 | 0 | 42 | 46 | 4 | 0 | |
| Ziguinchor | 7 | 0 | 22 | 26 | 7 | 0 | 17 | 26 | 11 | 0 | 0 | 26 | 0 | 0 | 0 | 26 | 0 | 0 | 0 | 26 | 0 | 0 | 0 | |
| Total | 29 | 3 | 37 | 305 | 30 | 3 | 37 | 306 | 42 | 3 | 2 | 305 | 40 | 3 | 2 | 301 | 43 | 3 | 2 | 303 | 43 | 3 | 2 | |
| Case de santé | 23 | 0 | 0 | 51 | 23 | 0 | 0 | 51 | 23 | 0 | 0 | 51 | 20 | 0 | 0 | 49 | 23 | 0 | 0 | 50 | 23 | 0 | 0 | |

¹ 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, La disponibilité des vaccins s'est améliorée et la moyenne nationale est de 87 % contre 71 % en 2012-2013 et il n'y a pas de grandes disparités entre les régions. En effet toutes les régions ont des disponibilités supérieures à 65 %. Huit régions sur 14 sont au-dessus de la moyenne contre 6 en 2012-2013. Les régions de Tambacounda (67 %), Matam (69 %) et Kaffrine (73 %) ont les taux les plus faibles et cette disponibilité est meilleure au niveau des hôpitaux et centre de santé (100 % et 94 %). Elle est de 86 % au niveau des postes de santé contre 69 % en 2012-2013.

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 2014

| Caractéristique | Pourcentage des structures offrant des services de vaccination infantile et stockant les vaccins où les vaccins suivants ont été observés | | | | | | | | Effectif des structures offrant des services de vaccination infantile et stockant les vaccins |
|----------------------------|---|-------------------------|-----------------------|---|------------|--|---------------------|--|---|
| | Pentavalent ¹ | Vaccin oral de la polio | Vaccin de la rougeole | Tous les vaccins infantiles de routine ² | Vaccin BCG | Tous les vaccins infantiles de routine+ BCG ³ | Vaccin fièvre jaune | Tous les vaccins infantiles de base ⁴ | |
| Type de structure | | | | | | | | | |
| Hôpital | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 3 |
| Centre de santé | 100 | 100 | 100 | 100 | 94 | 94 | 100 | 94 | 21 |
| Poste de santé | 97 | 95 | 97 | 92 | 92 | 86 | 96 | 85 | 255 |
| Autorité de gestion | | | | | | | | | |
| Publique | 98 | 95 | 96 | 92 | 92 | 86 | 96 | 85 | 251 |
| Privé | 97 | 100 | 100 | 97 | 94 | 94 | 100 | 94 | 28 |
| Région | | | | | | | | | |
| Dakar | 100 | 100 | 100 | 100 | 93 | 93 | 100 | 93 | 41 |
| Diourbel | 100 | 94 | 100 | 94 | 100 | 94 | 100 | 94 | 21 |
| Fatick | 100 | 94 | 100 | 94 | 100 | 94 | 100 | 94 | 23 |
| Kaffrine | 89 | 89 | 95 | 84 | 84 | 73 | 100 | 73 | 12 |
| Kaolack | 100 | 100 | 92 | 92 | 100 | 92 | 92 | 92 | 17 |
| Kédougou | 100 | 100 | 100 | 100 | 87 | 87 | 94 | 87 | 7 |
| Kolda | 100 | 91 | 100 | 91 | 91 | 91 | 82 | 82 | 12 |
| Louga | 92 | 100 | 100 | 92 | 100 | 92 | 92 | 92 | 17 |
| Matam | 100 | 84 | 84 | 69 | 92 | 69 | 100 | 69 | 16 |
| Saint Louis | 100 | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 95 | 90 | 27 |
| Sédhiou | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 10 |
| Tambacounda | 84 | 84 | 84 | 84 | 67 | 67 | 84 | 67 | 17 |
| Thiès | 100 | 92 | 100 | 92 | 92 | 85 | 100 | 85 | 36 |
| Ziguinchor | 96 | 100 | 94 | 90 | 78 | 78 | 100 | 78 | 25 |
| Total | 98 | 95 | 97 | 92 | 92 | 87 | 97 | 86 | 279 |

Note Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « médicaments et produits » pour évaluer le niveau de préparation à fournir des services de vaccination infantile de routine au sein de la structure de santé selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012).

¹ Pentavalent = DTC + hépatite B + hémophilus influenza B

² Au moins un flacon ou une ampoule non périmé de chacun des vaccins DTC/Pentavalent, vaccin oral contre la polio et vaccin contre la rougeole.

³ Au moins un flacon ou une ampoule non périmé de chacun des vaccins DTC/Pentavalent, vaccin oral contre la polio, vaccin contre la rougeole et vaccin du BCG et avec diluants disponibles.

⁴ Au moins un flacon ou une ampoule non périmé de chacun des vaccins DTC/Pentavalent, vaccin oral contre la polio, vaccin contre la rougeole, vaccin BCG avec diluants disponibles et vaccin contre la fièvre jaune.

3.7 La planification familiale

Au cours de l'ECPSS 2014, 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.

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 2014

| Caractéristique | Méthodes temporaires de planification familiale (PF) | | | | | | Effectif des structures |
|----------------------------|---|---|--|---|--|---|-------------------------|
| | Pourcentage des structures offrant une méthode moderne de PF ¹ | Pourcentage des structures offrant des conseils sur l'abstinence périodique/méthode du rythme | Pourcentage des structures offrant une méthode temporaire de PF ² | Pourcentage offrant la stérilisation masculine ou féminine ³ | Pourcentage santé offrant une méthode moderne de PF ⁴ | Pourcentage offrant de la PF ⁵ | |
| Type de structure | | | | | | | |
| Hôpital | 73 | 50 | 73 | 53 | 73 | 73 | 15 |
| Centre de santé | 84 | 63 | 84 | 49 | 84 | 84 | 29 |
| Poste de santé | 88 | 70 | 88 | 49 | 88 | 88 | 319 |
| Autorité de gestion | | | | | | | |
| Publique | 94 | 76 | 94 | 53 | 94 | 94 | 295 |
| Privé | 57 | 39 | 57 | 29 | 57 | 57 | 68 |
| Région | | | | | | | |
| Dakar | 82 | 63 | 82 | 53 | 82 | 82 | 69 |
| Diourbel | 100 | 95 | 100 | 73 | 100 | 100 | 25 |
| Fatick | 99 | 82 | 99 | 51 | 99 | 99 | 23 |
| Kaffrine | 92 | 56 | 92 | 28 | 92 | 92 | 14 |
| Kaolack | 83 | 50 | 83 | 31 | 83 | 83 | 23 |
| Kédougou | 85 | 58 | 85 | 33 | 85 | 85 | 9 |
| Kolda | 79 | 27 | 79 | 21 | 79 | 79 | 17 |
| Louga | 90 | 78 | 90 | 56 | 90 | 90 | 23 |
| Matam | 100 | 97 | 100 | 69 | 100 | 100 | 17 |
| Saint Louis | 95 | 90 | 95 | 48 | 95 | 95 | 29 |
| Sédhiou | 97 | 80 | 97 | 32 | 97 | 97 | 12 |
| Tambacounda | 86 | 79 | 86 | 63 | 86 | 86 | 25 |
| Thiès | 80 | 55 | 80 | 46 | 80 | 80 | 48 |
| Ziguinchor | 75 | 63 | 75 | 44 | 75 | 75 | 30 |
| Total | 87 | 69 | 87 | 49 | 87 | 87 | 363 |
| Case de santé | 64 | 48 | 66 | NA | 64 | 66 | 89 |

NA = Non applicable

¹ 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.

² 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, la stérilisation féminine (ligature des trompes) ou la stérilisation masculine (vasectomie).

³ Les prestataires offrent la stérilisation masculine ou féminine dans la structure, ou conseillent les clients sur la stérilisation masculine ou féminine.

⁴ 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).

⁵ 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.

Plus de trois quarts des structures de santé (87 %) 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 84 % et 88 %) que dans les hôpitaux (73 %). De même, les structures publiques (94 %) offrent plus fréquemment ces méthodes temporaires que les structures privées (57 %). Par ailleurs, la disponibilité de la stérilisation masculine (la vasectomie) ou féminine (la ligature des trompes) est présente dans toutes les régions mais reste faible dans les régions de Kolda (21 %), Kaffrine (28 %), Kaolack (31 %), Sédhiou (32 %), et Kédougou (33 %) avec une nette amélioration par rapport à la première année. Les résultats montrent aussi que par rapport au pourcentage des structures offrant une méthode moderne de PF, les structures publiques offrent beaucoup plus de méthodes modernes de PF que le secteur privé. Ils représentent respectivement 94 % pour le public

et 57 % pour le privé. Ce qui signifie que l'accent doit aussi être mis sur les structures privées qui peuvent constituer des potentialités pour le recrutement de nouvelles clientes PF. Il convient de signaler une amélioration considérable de la disponibilité de service de PF au niveau de la case de santé, aussi bien pour les méthodes temporaires que pour les méthodes modernes.

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, 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 (97 %) et les injectables progestatifs seuls (95 %) sont de loin les plus fournies, prescrites ou conseillées aux patients. La ligature des trompes l'est dans une structure sur deux (56 %) et la vasectomie ne l'est que dans une de ces structures sur cinq (19 %). Ce tableau aussi montre une bonne disponibilité des pilules contraceptives orales combinées au niveau des cases (96 %) et la présence d'au moins 2 méthodes modernes temporaires (97 %) en milieu communautaire.

Tableau 3.11.1 Méthodes de planification familiale offerte par 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 2014

| Méthode fournies, prescrites ou conseillées | Type de structure | | | Autorité de gestion | | | Case de santé |
|--|-------------------|-----------------|----------------|---------------------|-----------|------------|---------------|
| | Hôpital | Centre de santé | Poste de santé | Publique | Privé | Total | |
| Pilule contraceptive orale combinée | 86 | 100 | 98 | 99 | 83 | 97 | 96 |
| Pilule orale progestative seulement | 86 | 100 | 98 | 99 | 83 | 97 | 87 |
| Injectable progestatif seul (2 ou 3 par mois) | 83 | 94 | 96 | 97 | 83 | 95 | 63 |
| Injectable combinée | 13 | 22 | 8 | 10 | 3 | 9 | 8 |
| Condom masculin | 68 | 81 | 94 | 95 | 67 | 92 | 89 |
| Condom féminin | 46 | 75 | 75 | 76 | 56 | 74 | 58 |
| Dispositif intra-utérin (DIU) | 88 | 100 | 93 | 96 | 77 | 93 | NA |
| Implant | 88 | 100 | 95 | 97 | 80 | 95 | NA |
| Collier du cycle (méthode des jours fixes) | 86 | 94 | 90 | 91 | 84 | 91 | 88 |
| Ligature des trompes | 72 | 59 | 55 | 56 | 50 | 56 | NA |
| Vasectomie | 22 | 14 | 20 | 19 | 22 | 19 | NA |
| Au moins 2 méthodes modernes temporaires ¹ | 95 | 100 | 99 | 100 | 89 | 99 | 97 |
| Au moins 4 méthodes modernes temporaires ¹ | 91 | 100 | 98 | 100 | 84 | 98 | 82 |
| Contraception d'urgence | 80 | 91 | 86 | 86 | 83 | 86 | NA |
| L'abstinence périodique/ Rythme | 69 | 76 | 80 | 81 | 69 | 79 | 73 |
| Effectif des structures offrant une quelconque méthode de planification familiale | 11 | 25 | 280 | 277 | 39 | 316 | 59 |

NA = Non applicable

¹ N'importe quelle méthode autre que la stérilisation masculine ou féminine.

Par ailleurs, on constate une diminution importante de l'injectable combinée à tous les niveaux, par type de structure, par autorité de gestion, par régions.

Tableau 3.1.1.2. Méthodes de planification familiale offerte par 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 2014

| Méthode fournies, prescrites ou conseillées | Région | | | | | | | | | | | | | | Total |
|---|--------|----------|--------|---------|---------|----------|-------|-------|-------|-------------|---------|-------------|-------|------------|-------|
| | Dakar | Diourbel | Fatick | Kafrine | Kaolack | Kédougou | Kolda | Louga | Matam | Saint-Louis | Sédhiou | Tambacounda | Thiès | Ziguinchor | |
| Pilule contraceptive orale combinée | 98 | 92 | 91 | 100 | 100 | 100 | 98 | 100 | 100 | 99 | 100 | 100 | 99 | 93 | 97 |
| Pilule orale progestative seulement | 98 | 92 | 91 | 100 | 100 | 93 | 98 | 100 | 100 | 99 | 100 | 93 | 99 | 100 | 97 |
| Injectable progestatif seul (2 ou 3 par mois) | 94 | 74 | 91 | 100 | 100 | 100 | 98 | 100 | 100 | 99 | 100 | 100 | 94 | 100 | 95 |
| Injectable combinée | 28 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 | 9 |
| Condom masculin | 89 | 92 | 77 | 98 | 98 | 88 | 73 | 100 | 100 | 100 | 88 | 91 | 91 | 98 | 92 |
| Condom féminin | 74 | 92 | 55 | 93 | 90 | 73 | 54 | 100 | 78 | 100 | 42 | 18 | 80 | 59 | 74 |
| Dispositif intra-utérin (DIU) | 93 | 92 | 85 | 95 | 92 | 87 | 88 | 100 | 100 | 99 | 100 | 88 | 99 | 87 | 93 |
| Implant | 93 | 92 | 91 | 95 | 92 | 93 | 88 | 100 | 100 | 99 | 100 | 93 | 99 | 93 | 95 |
| Collier du cycle (méthode des jours fixes) | 90 | 95 | 94 | 90 | 92 | 81 | 72 | 100 | 86 | 100 | 100 | 67 | 99 | 83 | 91 |
| Ligature des trompes | 64 | 73 | 51 | 31 | 38 | 39 | 26 | 62 | 69 | 51 | 33 | 74 | 54 | 59 | 56 |
| Vasectomie | 18 | 33 | 0 | 31 | 38 | 39 | 26 | 16 | 43 | 32 | 0 | 0 | 17 | 0 | 19 |
| Au moins 2 méthodes modernes temporaires ¹ | 100 | 94 | 91 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 99 | 100 | 99 |
| Au moins 4 méthodes modernes temporaires ¹ | 100 | 92 | 91 | 100 | 100 | 100 | 88 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 99 | 100 | 98 |
| Contraception d'urgence | 84 | 92 | 77 | 98 | 100 | 80 | 66 | 100 | 78 | 95 | 94 | 65 | 92 | 72 | 86 |
| L'abstinence périodique/ Rythme | 76 | 95 | 83 | 62 | 60 | 68 | 34 | 87 | 97 | 95 | 83 | 92 | 69 | 85 | 79 |
| Effectif des structures offrant une quelconque méthode de planification familiale | 57 | 25 | 23 | 13 | 19 | 7 | 13 | 21 | 17 | 27 | 12 | 21 | 38 | 22 | 316 |

¹ N'importe quelle méthode 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 (72 %) fournissent au moins deux méthodes temporaires modernes et seulement 2 % proposent la ligature.

Cependant, parmi les cases de santé qui offrent un service quelconque de PF l'Offre Initiale de Pilule (OIP) est une réalité dans plus de six cases sur dix (66 % pour la pilule contraceptive orale combinée et 63 % pour les pilules orales progestatives seules).

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

Tableau 3.12.1 Méthodes de planification familiale fournies¹ par type de structure et autorité de gestion dans les structures offrant des services de planification familiale

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 2014

| 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 | 31 | 49 | 59 | 62 | 22 | 57 | 66 |
| Pilule orale progestative seulement | 31 | 49 | 58 | 61 | 22 | 56 | 63 |
| Injectable progestatif seul (2 ou 3 par mois) | 31 | 46 | 55 | 58 | 22 | 53 | 4 |
| Injectable combinée | 4 | 10 | 5 | 6 | 0 | 5 | 3 |
| Condom masculin | 44 | 62 | 86 | 90 | 34 | 83 | 68 |
| Condom féminin | 24 | 57 | 61 | 65 | 18 | 59 | 30 |
| Dispositif intra-utérin (DIU) | 36 | 47 | 41 | 43 | 26 | 41 | NA |
| Implant | 36 | 47 | 43 | 46 | 26 | 43 | NA |
| Collier du cycle (méthode des jours fixes) | 27 | 27 | 41 | 42 | 18 | 39 | 25 |
| Ligature des trompes | 6 | 2 | 1 | 2 | 0 | 2 | NA |
| Au moins 2 méthodes modernes temporaires ² | 39 | 64 | 74 | 78 | 32 | 72 | 68 |
| Au moins 4 méthodes modernes temporaires ² | 31 | 47 | 58 | 60 | 25 | 56 | 33 |
| Contraception d'urgence | 26 | 31 | 39 | 42 | 13 | 38 | NA |
| Effectif des structures offrant une quelconque méthode de planification familiale | 11 | 25 | 280 | 277 | 39 | 316 | 59 |

NA = Non applicable

¹ 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.

² N'importe quelle méthode moderne autre que la stérilisation masculine au féminine

Tableau 3.12.2. Méthodes de planification familiale fournies¹ par région dans les structures offrant des services de planification familiale

Parmi les structures offrant un service quelconque de planification familiale, pourcentage qui fournit aux clients une méthode moderne spécifique de planification familiale, selon la Région, Sénégal ECPSS 2014

| Méthodes fournies, prescrites ou conseillées | Région | | | | | | | | | | | | | Total | |
|---|--------|----------|--------|----------|---------|----------|-------|-------|-------|-------------|---------|-------------|-------|-------|------------|
| | Dakar | Diourbel | Fatick | Kaffrine | Kaolack | Kédougou | Kolda | Louga | Matam | Saint Louis | Sédhiou | Tambacounda | Thiès | | Ziguinchor |
| Pilule contraceptive orale combinée | 36 | 86 | 6 | 95 | 95 | 100 | 86 | 100 | 100 | 99 | 0 | 7 | 55 | 0 | 57 |
| Pilule orale progestative seulement | 36 | 86 | 6 | 95 | 95 | 93 | 86 | 100 | 100 | 99 | 0 | 0 | 55 | 0 | 56 |
| Injectable progestatif seul (2 ou 3 par mois) | 33 | 68 | 0 | 95 | 95 | 100 | 86 | 100 | 100 | 99 | 0 | 0 | 48 | 2 | 53 |
| Injectable combinée | 12 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 0 | 5 |
| Condom masculin | 65 | 86 | 77 | 87 | 93 | 72 | 73 | 100 | 86 | 94 | 88 | 91 | 76 | 98 | 83 |
| Condom féminin | 49 | 81 | 49 | 93 | 78 | 44 | 46 | 73 | 57 | 94 | 37 | 18 | 55 | 52 | 59 |
| Dispositif intra-utérin (DIU) | 29 | 60 | 0 | 74 | 80 | 48 | 62 | 87 | 35 | 70 | 0 | 7 | 44 | 0 | 41 |
| Implant | 35 | 60 | 0 | 79 | 80 | 55 | 70 | 87 | 43 | 80 | 0 | 0 | 44 | 0 | 43 |
| Collier du cycle (méthode des jours fixes) | 36 | 68 | 0 | 58 | 70 | 45 | 62 | 60 | 47 | 68 | 0 | 0 | 39 | 0 | 39 |
| Ligature des trompes | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 7 | 0 | 0 | 4 | 0 | 2 |
| Au moins 2 méthodes modernes temporaires ² | 58 | 86 | 55 | 95 | 95 | 100 | 86 | 100 | 100 | 99 | 37 | 31 | 62 | 52 | 72 |
| Au moins 4 méthodes modernes temporaires ² | 39 | 86 | 0 | 95 | 95 | 94 | 86 | 100 | 93 | 99 | 0 | 0 | 55 | 0 | 56 |
| Contraception d'urgence | 27 | 78 | 0 | 88 | 88 | 52 | 46 | 44 | 11 | 75 | 0 | 0 | 41 | 0 | 38 |
| Effectif des structures offrant une quelconque méthode de planification familiale | 57 | 25 | 23 | 13 | 19 | 7 | 13 | 21 | 17 | 27 | 12 | 21 | 38 | 22 | 316 |

¹ 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.

² N'importe quelle méthode moderne autre que la stérilisation masculine au féminin

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 (86 %). Cependant, la disponibilité était plus faible dans les régions de Matam (60 %), Louga (60 %), Saint Louis (70 %).

Tableau 3.13.1 Disponibilité des produits de planification familiale par type de structure et autorité de gestion

Parmi les structures qui offrent¹ 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 2014

| Méthode | Type de structure | | | Autorité de gestion | | Total | Case de santé |
|--|-------------------|-----------------|----------------|---------------------|-------|-------|---------------|
| | Hôpital | Centre de santé | Poste de santé | Publique | Privé | | |
| Pilules contraceptives orales combinées | 100 | 100 | 97 | 97 | 95 | 97 | 74 |
| Pilules orales progestatives seulement | 100 | 100 | 97 | 97 | 100 | 97 | 76 |
| Progestatifs injectables (2 ou 3 par mois) | 100 | 100 | 96 | 96 | 100 | 96 | 100 |
| Injectable combiné | 100 | 77 | 100 | 96 | - | 96 | 100 |
| Préservatif masculin | 100 | 89 | 94 | 93 | 100 | 93 | 96 |
| Préservatif féminin | 73 | 84 | 89 | 89 | 80 | 88 | 95 |
| Dispositif intra-utérin (DIU) | 100 | 100 | 96 | 97 | 100 | 97 | NA |
| Implant | 94 | 96 | 96 | 96 | 100 | 96 | NA |
| Collier du cycle (méthode des jours fixes) | 100 | 81 | 98 | 98 | 80 | 97 | 100 |
| Toutes les méthodes offertes par la structure étaient disponibles le jour de l'enquête | 84 | 74 | 85 | 84 | 82 | 84 | 73 |

NA = Non applicable

Note : Les dénominateurs pour chaque combinaison de produit / méthode sont différents et ne sont pas présentés dans le tableau. Les mesures des pilules contraceptives orales combinées, des injections contraceptives et du préservatif masculin présentées dans ce tableau sont incluses dans le domaine « médicaments et produits » pour l'évaluation du niveau de préparation des services en vue de proposer des services de planification familiale au sein des structures de santé, 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.

¹ 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 par région

Parmi les structures qui offrent¹ la méthode moderne de planification familiale indiquée, pourcentage ou les produits étaient observés disponibles le jour de l'enquête, selon la Région, Sénégal ECPSS 2014

| Méthode | Région | | | | | | | | | | | | | | Total |
|--|--------|----------|--------|----------|---------|----------|-------|-------|-------|-------------|---------|-------------|-------|------------|-------|
| | Dakar | Diourbel | Fatick | Kaffrine | Kaolack | Kédougou | Kolda | Louga | Matam | Saint-Louis | Sédhiou | Tambacounda | Thiès | Ziguinchor | |
| Pilules contraceptives orales combinées | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 94 | 91 | 100 | 86 | 95 | - | 100 | 100 | - | 97 |
| Pilules orales progestatives seulement | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 94 | 91 | 93 | 86 | 100 | - | - | 100 | - | 97 |
| Progestatifs injectables (2 ou 3 par mois) | 100 | 100 | - | 100 | 100 | 94 | 100 | 100 | 86 | 85 | - | - | 100 | 100 | 96 |
| Injectable combiné | 100 | 85 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 100 | - | 96 |
| Préservatif masculin | 94 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 87 | 80 | 79 | 93 | 91 | 100 | 93 | 93 |
| Préservatif féminin | 93 | 97 | 100 | 100 | 100 | 87 | 82 | 51 | 70 | 87 | 78 | 54 | 100 | 88 | 88 |
| Dispositif intra-utérin (DIU) | 100 | 100 | - | 100 | 100 | 86 | 87 | 100 | 60 | 100 | - | 100 | 100 | - | 97 |
| Implant | 98 | 100 | - | 100 | 100 | 88 | 100 | 100 | 63 | 100 | - | - | 92 | - | 96 |
| Collier du cycle (méthode des jours fixes) | 98 | 100 | - | 100 | 100 | 85 | 100 | 85 | 100 | 100 | - | - | 97 | - | 97 |
| Toutes les méthodes offertes par la structure étaient disponibles le jour de l'enquête | 88 | 94 | 100 | 100 | 100 | 82 | 81 | 56 | 60 | 68 | 84 | 84 | 94 | 87 | 84 |

Note : Les dénominateurs pour chaque combinaison de produit / méthode sont différents dans le tableau. Les mesures des pilules contraceptives orales combinées, des injections contraceptives et du préservatif masculin présentées dans ce tableau sont incluses dans le domaine « médicaments et produits » pour l'évaluation du niveau de préparation des services en vue de proposer des services de planification familiale au sein des structures de santé, 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.

¹ 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 2014 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, près de neuf structures sur dix offrent des services de consultation prénatale (91 %) et près d'un tiers (31 %) des cases de santé en stratégie avancée. Dans tous les cas, ces services sont plus fréquemment offerts dans les postes de santé (92 %) et beaucoup plus fréquemment dans les structures publiques que privées (94 % contre 77 %). Toutes les régions sont suffisamment couvertes en CPN allant de 82 % à Kolda à 100 % à Diourbel, Kaffrine et Matam.

Les services d'accouchement normal sont offerts dans 77 % des structures et dans au moins trois-quarts des structures des régions, sauf à Dakar où seulement 40 % des structures offrent ce service. Par ailleurs ce service était offert dans 79 % des cases de santé visitées.

Quant à la césarienne, seules 4 % des structures enquêtées offraient ce service ; elle est seulement offerte dans les hôpitaux (71 %) et certains centres de santé (8 %) avec une répartition inégale selon les régions – à Kédougou et Kolda aucune des structures visitées n'offre ce service, contre 10 % à Dakar.

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 16 % de ces structures avec de très faibles pourcentages dans les régions de Saint Louis (2 %) et Tambacounda (3 %).

Globalement, la tendance de la disponibilité des services de santé maternelle n'a pas changé au cours de ces deux dernières années.

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'affection/visite d'appel observé, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

| Caractéristique | Pourcentage des structures offrant | | | | | | Effectif des structures | Pourcentage des structures offrant les services d'accouchement normal qui ont : | | | Effectif des structures offrant les services d'accouchement normal |
|----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|------------|---------------------------------------|--|-------------------------|-------------------------|---|---|---|--|
| | Soins prénatals (CPN) | Service d'accouchement normal | Césarienne | CPN et services d'accouchement normal | CPN, accouchement normal et césarienne | Effectif des structures | | Prestataire de soins d'accouchement sur le lieu ou de garde 24hrs/24, avec programme journalier observé | Prestataire de soins d'accouchement sur le lieu ou de garde 24hrs/24, avec ou sans programme journalier observé | Effectif des services d'accouchement normal | |
| | | | | | | | | | | | |
| Type de structure | | | | | | | | | | | |
| Hôpital | 79 | 76 | 71 | 76 | 67 | 15 | 70 | 98 | 11 | | |
| Centre de santé | 84 | 70 | 8 | 70 | 8 | 29 | 69 | 98 | 20 | | |
| Poste de santé | 92 | 78 | 1 | 78 | 1 | 319 | 9 | 97 | 248 | | |
| Autorité de gestion | | | | | | | | | | | |
| Publique | 94 | 85 | 3 | 85 | 3 | 295 | 15 | 99 | 251 | | |
| Privé | 77 | 42 | 11 | 42 | 11 | 68 | 25 | 85 | 29 | | |
| Région | | | | | | | | | | | |
| Dakar | 84 | 40 | 10 | 40 | 10 | 69 | 58 | 95 | 28 | | |
| Diourbel | 100 | 94 | 5 | 94 | 5 | 25 | 21 | 100 | 23 | | |
| Fatick | 99 | 99 | 2 | 99 | 2 | 23 | 4 | 98 | 23 | | |
| Kaffrine | 100 | 100 | 2 | 100 | 2 | 14 | 16 | 92 | 14 | | |
| Kaolack | 94 | 81 | 4 | 81 | 2 | 23 | 20 | 100 | 19 | | |
| Kédougou | 91 | 85 | 0 | 85 | 0 | 9 | 10 | 88 | 7 | | |
| Kolda | 82 | 70 | 0 | 70 | 0 | 17 | 15 | 98 | 12 | | |
| Louga | 88 | 88 | 2 | 88 | 2 | 23 | 15 | 100 | 20 | | |
| Matam | 100 | 100 | 1 | 100 | 1 | 17 | 4 | 100 | 17 | | |
| Saint Louis | 95 | 90 | 2 | 90 | 2 | 29 | 2 | 100 | 26 | | |
| Sédhiou | 97 | 97 | 2 | 97 | 2 | 12 | 5 | 100 | 12 | | |
| Tambacounda | 86 | 86 | 4 | 86 | 4 | 25 | 3 | 100 | 21 | | |
| Thiès | 92 | 73 | 6 | 73 | 6 | 48 | 19 | 92 | 35 | | |
| Ziguinchor | 84 | 74 | 2 | 74 | 2 | 30 | 4 | 100 | 22 | | |
| Total | 91 | 77 | 4 | 77 | 4 | 363 | 16 | 97 | 279 | | |
| Case de santé | 31 | 79 | NA | 28 | NA | 89 | NA | 87 | 71 | | |

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, 91 % des structures de santé offrent des services de CPN et, parmi celles offrant ces services, 94 % 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 83 % pour le privé (63 % des privées en 2013). Par ailleurs le VAT était disponible dans ces structures presque tous les jours de CPN (94 %).

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 2014

| Caractéristique | Pourcentage des structures offrant les services de CPN : | Effectif des structures | Pourcentage des structures offrant les services de soins prénatals où ces services CPN sont offerts le nombre de jours indiqué par semaine ¹ | | | Vaccin antitétanique tous les jours de CPN | Effectif des structures de santé offrant les services de CPN |
|----------------------------|--|-------------------------|---|-----------------------|-----------------------------|--|--|
| | | | 1-2 jours par semaine | 3-4 jours par semaine | 5 jours et plus par semaine | | |
| Type de structure | | | | | | | |
| Hôpital | 79 | 15 | 4 | 0 | 96 | 70 | 12 |
| Centre de santé | 84 | 29 | 11 | 0 | 89 | 94 | 24 |
| Poste de santé | 92 | 319 | 4 | 0 | 94 | 95 | 293 |
| Autorité de gestion | | | | | | | |
| Publique | 94 | 295 | 3 | 1 | 96 | 97 | 277 |
| Privé | 77 | 68 | 15 | 0 | 83 | 77 | 52 |
| Région | | | | | | | |
| Dakar | 84 | 69 | 8 | 2 | 90 | 88 | 58 |
| Diourbel | 100 | 25 | 6 | 0 | 94 | 94 | 25 |
| Fatick | 99 | 23 | 0 | 0 | 100 | 100 | 23 |
| Kaffrine | 100 | 14 | 8 | 0 | 92 | 100 | 14 |
| Kaolack | 94 | 23 | 9 | 0 | 87 | 98 | 22 |
| Kédougou | 91 | 9 | 12 | 0 | 88 | 81 | 8 |
| Kolda | 82 | 17 | 3 | 0 | 97 | 86 | 14 |
| Louga | 88 | 23 | 0 | 0 | 100 | 93 | 20 |
| Matam | 100 | 17 | 0 | 0 | 100 | 93 | 17 |
| Saint Louis | 95 | 29 | 0 | 0 | 100 | 93 | 27 |
| Sédhiou | 97 | 12 | 6 | 0 | 94 | 100 | 12 |
| Tambacounda | 86 | 25 | 0 | 0 | 100 | 93 | 21 |
| Thiès | 92 | 48 | 7 | 0 | 93 | 95 | 44 |
| Ziguinchor | 84 | 30 | 7 | 0 | 87 | 100 | 25 |
| Total | 91 | 363 | 5 | 0 | 94 | 94 | 329 |
| Case de santé | 31 | 89 | 25 | 0 | 34 | NA | 28 |

NA = Non applicable

¹ 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 combinés de fer et d'acide folique (92 %) et le vaccin antitétanique (94 %) étaient disponibles dans pratiquement toutes les structures visitées offrant les services de CPN et ceci dans toute les régions aussi bien dans le public que dans le privé.

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 2014

| Caractéristique | Pourcentage d'es structures offrant les services de CPN qui disposent des médicaments indiqués | | | | Effectif des structures de santé offrant les services de CPN |
|----------------------------|--|---------------------------|--|----------------------|--|
| | Comprimés de fer | Comprimés d'acide folique | Comprimés combinés (fer + acide folique) | Vaccin antitétanique | |
| Type de structure | | | | | |
| Hôpital | 41 | 20 | 89 | 81 | 12 |
| Centre de santé | 29 | 7 | 89 | 96 | 24 |
| Poste de santé | 24 | 7 | 92 | 94 | 293 |
| Autorité de gestion | | | | | |
| Publique | 21 | 5 | 92 | 96 | 277 |
| Privé | 47 | 20 | 92 | 83 | 52 |
| Région | | | | | |
| Dakar | 38 | 25 | 88 | 91 | 58 |
| Diourbel | 5 | 2 | 98 | 94 | 25 |
| Fatick | 44 | 0 | 100 | 100 | 23 |
| Kaffrine | 23 | 0 | 76 | 100 | 14 |
| Kaolack | 0 | 13 | 85 | 93 | 22 |
| Kédougou | 12 | 6 | 81 | 76 | 8 |
| Kolda | 16 | 12 | 97 | 80 | 14 |
| Louga | 0 | 0 | 86 | 93 | 20 |
| Matam | 29 | 14 | 97 | 93 | 17 |
| Saint Louis | 6 | 0 | 94 | 95 | 27 |
| Sédhiou | 54 | 0 | 100 | 100 | 12 |
| Tambacounda | 38 | 2 | 93 | 93 | 21 |
| Thiès | 32 | 3 | 89 | 95 | 44 |
| Ziguinchor | 34 | 0 | 100 | 100 | 25 |
| Total | 25 | 7 | 92 | 94 | 329 |
| Case de santé | 0 | 9 | 68 | NA | 28 |

NA = Non applicable

Note : Les médicaments et le vaccin présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « médicaments et des produits » pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir les services CPN selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et de 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 (65 %) et beaucoup moins fréquemment dans le privé (40 %) que dans le public (68 %) et ceci dans toutes les régions allant de 4 % à Thiès à 100 % à Kaolack.

Le personnel n'est formé sur ces normes que dans un quart des cas (25 %) avec aucune formation pour le personnel des structures visitées de la région de Kédougou. La première année, 38 % du personnel étaient formés sur ces normes.

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 : 58 % des structures disposent de transport d'urgence, 57 % de lampes d'examen, 32 % d'aspirateur pour lutter contre l'asphyxie du nouveau-né, 3 % de ventouse pour combattre le travail difficile, 44 % d'aspirateur manuel ou kit D&C pour les soins après avortement contrairement au matériel pour la délivrance qui était disponible dans toutes les structures visitées et dans pratiquement toutes les cases de santé.

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 équipement de base pour l'accouchement de routine disponible dans la structure le jour de l'enquête, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

| Caractéristique | Pourcentage des structures de santé offrant les services d'accouchement normal qui ont : | | | | | | | | | | | Effectif des structures offrant les services d'accouchement normal |
|----------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------|--|---------------------|-----------------------|---|-------------------------------|--------------------------|--------------------|-----|--|
| | Normes et protocoles sur la PCIGA ¹ | | Équipement | | | | | | | | | |
| Type de structure | Personnel formé en PCIGA ² | Transport d'urgence ³ | Lampe d'examen ⁴ | Matériel pour la délivrance ⁵ | Aspirateur cathéter | Ventouse obstétricale | Aspirateur manuel ou Kit D&C ⁶ | Ballon et masque respiratoire | Partogramme ⁷ | Gants ⁸ | | |
| Hôpital | 45 | 29 | 75 | 100 | 78 | 26 | 39 | 81 | 89 | 100 | 11 | |
| Centre de santé | 67 | 25 | 74 | 100 | 72 | 16 | 33 | 70 | 98 | 100 | 20 | |
| Poste de santé | 66 | 25 | 55 | 100 | 26 | 1 | 45 | 45 | 81 | 96 | 248 | |
| Autorité de gestion | | | | | | | | | | | | |
| Publique | 68 | 26 | 56 | 100 | 29 | 3 | 44 | 46 | 83 | 97 | 251 | |
| Privé | 40 | 21 | 66 | 100 | 54 | 8 | 43 | 70 | 75 | 91 | 29 | |
| Région | | | | | | | | | | | | |
| Dakar | 63 | 40 | 73 | 100 | 65 | 6 | 37 | 60 | 92 | 100 | 28 | |
| Diourbel | 56 | 38 | 50 | 100 | 47 | 5 | 6 | 50 | 94 | 100 | 23 | |
| Fatick | 55 | 6 | 38 | 100 | 19 | 0 | 56 | 49 | 72 | 100 | 23 | |
| Kafrine | 59 | 27 | 71 | 100 | 30 | 2 | 44 | 35 | 92 | 92 | 14 | |
| Kaolack | 100 | 31 | 69 | 100 | 31 | 5 | 36 | 23 | 100 | 92 | 19 | |
| Kédougou | 60 | 0 | 61 | 100 | 13 | 0 | 13 | 20 | 93 | 93 | 7 | |
| Kolda | 64 | 18 | 64 | 100 | 43 | 0 | 46 | 28 | 89 | 100 | 12 | |
| Louga | 59 | 13 | 39 | 100 | 36 | 2 | 59 | 57 | 77 | 86 | 20 | |
| Matam | 60 | 35 | 56 | 100 | 28 | 4 | 57 | 57 | 57 | 78 | 17 | |
| Saint Louis | 76 | 46 | 51 | 100 | 20 | 7 | 43 | 36 | 90 | 95 | 26 | |
| Sédhiou | 85 | 12 | 83 | 100 | 8 | 0 | 46 | 71 | 83 | 100 | 12 | |
| Tambacounda | 74 | 8 | 42 | 100 | 20 | 0 | 21 | 26 | 81 | 100 | 21 | |
| Thiès | 45 | 29 | 64 | 100 | 48 | 5 | 58 | 61 | 88 | 100 | 35 | |
| Ziguinchor | 78 | 13 | 70 | 100 | 0 | 0 | 74 | 67 | 50 | 100 | 22 | |
| Total | 65 | 25 | 57 | 100 | 32 | 3 | 44 | 48 | 82 | 96 | 279 | |
| Case de santé | 42 | 5 | 34 | 98 | 3 | NA | NA | NA | NA | 56 | 71 | |

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « personnel, formation et équipement » pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services d'accouchement selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

- NA = Non applicable
¹ PCIGA (Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'Accouchement) ou autres normes et protocoles spécifiques au pays.
² La structure a au moins un personnel 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 impliquer une session structurée, et n'inclut pas une instruction individuelle reçue au cours d'une visite de supervision de routine.
³ 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.
⁴ Une lampe torche fonctionnelle est acceptable.
⁵ Soit la structure a une boîte stérile d'accouchement 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.
⁶ La structure a un aspirateur manuel fonctionnel ou kit de dilatation et curetage (D&C) disponible.
⁷ Un partogramme vierge au lieu du service
⁸ Les gants jetables en latex ou équivalents disponibles au lieu du service.

Le partogramme élément indispensable pour la surveillance du travail, est disponible dans plus de huit structures sur dix (82 %, comme à la première année), mais moins fréquemment dans les structures des régions de Ziguinchor (50 % contre 60 % à la première année) et Matam (57 % contre 71 % à la première année) contrairement à celle de Kaolack où le partogramme était disponible dans toutes les structures visitées. On note une amélioration de la disponibilité du partogramme aux régions de Louga 77 % contre 71 % à la première année, Kolda 89 % contre 68 % à la première année et Dakar 92 % contre 75 % à la première année.

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.

Tableau 3.18.1 Médicaments et produits pour l'accouchement et soins aux nouveau-nés par 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, 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 2014

| Médicaments | Type de structure | | | Autorité de gestion | | | Case de santé |
|--|-------------------|-----------------|----------------|---------------------|-------|-------|---------------|
| | Hôpital | Centre de santé | Poste de santé | Publique | Privé | Total | |
| Médicaments essentiels pour l'accouchement¹ | | | | | | | |
| Utérotonique injectable (ocytocine) ² | 83 | 82 | 77 | 77 | 85 | 78 | NA |
| Antibiotique injectable ³ | 67 | 64 | 52 | 50 | 79 | 53 | NA |
| Sulfate de magnésium injectable ² | 85 | 56 | 31 | 33 | 55 | 35 | NA |
| Diazépam injectable | 83 | 86 | 67 | 69 | 74 | 69 | NA |
| Désinfectant de la peau | 96 | 91 | 94 | 93 | 100 | 93 | 83 |
| Fluides intraveineux avec set de perfusion ⁴ | 87 | 75 | 68 | 68 | 79 | 70 | NA |
| Médicaments essentiels pour les nouveau-nés | | | | | | | |
| Pommade antibiotique pour les yeux ¹ | 47 | 55 | 53 | 52 | 61 | 53 | 45 |
| Solution chlorhexidine à 4 % ¹ | 61 | 53 | 48 | 49 | 55 | 49 | 82 |
| Gentamicine injectable ² | 52 | 66 | 44 | 46 | 50 | 46 | NA |
| Ceftriaxone poudre pour injection | 56 | 53 | 16 | 19 | 24 | 20 | NA |
| Amoxicilline suspension | 39 | 59 | 52 | 53 | 49 | 52 | NA |
| Médicaments prioritaires pour les mères⁵ | | | | | | | |
| Solution saline isotonique | 58 | 84 | 78 | 78 | 70 | 77 | NA |
| Gluconate de calcium injectable | 45 | 9 | 2 | 4 | 5 | 5 | NA |
| Poudre d'ampicilline pour injection | 65 | 79 | 90 | 90 | 76 | 88 | NA |
| Métronidazole injectable | 69 | 67 | 34 | 37 | 45 | 38 | NA |
| Capsules ou comprimés de misoprostol | 10 | 2 | 1 | 1 | 7 | 1 | 2 |
| Capsules, comprimés ou suspension liquide d'azithromycine | 9 | 2 | 4 | 4 | 6 | 4 | NA |
| Capsules ou comprimés de céfixime | 50 | 40 | 19 | 20 | 31 | 21 | NA |
| Poudre benzathine benzylpénicilline pour injection | 42 | 78 | 73 | 75 | 46 | 72 | NA |
| Bétaméthasone/dexaméthasone injectable | 23 | 4 | 3 | 3 | 17 | 4 | NA |
| Capsules ou comprimés de nifédipine | 32 | 35 | 13 | 16 | 16 | 16 | NA |
| Effectif des structures offrant les services d'accouchement normal | 11 | 20 | 248 | 251 | 29 | 279 | 71 |

Note : Les médicaments essentiels et la pommade antibiotique pour les yeux pour les enfants présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « médecine » pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services d'accouchement selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

NA = Non applicable

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

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

³ Pénicilline injectable, gentamycine injectable, ampicilline injectable, ou ceftriaxone injectable.

⁴ Solution saline isotonique, solution de Ringer lactate, ou solution dextrose à 5 %.

⁵ 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 par région

Parmi les structures offrant les services d'accouchement normal, pourcentage ayant les médicaments essentiels et produits pour l'accouchement essentiels et produits pour les nouveau-nés, et les médicaments prioritaires pour les mères observés et disponibles le jour de l'enquête, selon la région, Sénégal ECPSS 2014

| Médicaments | Région | | | | | | | | | | | Total | | | |
|--|--------|----------|--------|----------|---------|----------|-------|-------|-------|-------------|---------|-------|-------------|-------|------------|
| | Dakar | Diourbel | Fatick | Kaffrine | Kaolack | Kédougou | Kolda | Louga | Matam | Saint Louis | Sédhiou | | Tambacounda | Thiès | Ziguinchor |
| Médicaments essentiels pour l'accouchement¹ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Utérotonique injectable (ocytocine) ² | 80 | 17 | 100 | 95 | 100 | 93 | 100 | 55 | 54 | 62 | 94 | 93 | 86 | 91 | 78 |
| Antibiotique injectable ³ | 63 | 5 | 77 | 67 | 82 | 68 | 39 | 18 | 10 | 2 | 94 | 100 | 60 | 85 | 53 |
| Sulfate de magnésium injectable ² | 46 | 5 | 42 | 63 | 38 | 42 | 64 | 25 | 33 | 29 | 22 | 33 | 33 | 39 | 35 |
| Diazépam injectable | 83 | 19 | 79 | 95 | 100 | 88 | 91 | 27 | 35 | 41 | 77 | 87 | 83 | 91 | 69 |
| Désinfectant de la peau | 80 | 86 | 100 | 91 | 100 | 100 | 91 | 91 | 90 | 100 | 100 | 100 | 91 | 98 | 93 |
| Fluides intraveineux avec set de perfusion ⁴ | 76 | 30 | 57 | 95 | 92 | 81 | 82 | 41 | 54 | 62 | 88 | 80 | 79 | 81 | 70 |
| Médicaments essentiels pour les nouveau-nés | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pommade antibiotique pour les yeux ¹ | 55 | 0 | 77 | 86 | 100 | 87 | 89 | 0 | 7 | 0 | 100 | 77 | 48 | 91 | 53 |
| Solution chlorhexidine à 4 % ¹ | 60 | 3 | 100 | 27 | 44 | 40 | 18 | 9 | 11 | 10 | 100 | 100 | 55 | 98 | 49 |
| Gentamicine injectable ² | 37 | 70 | 49 | 67 | 41 | 60 | 46 | 57 | 39 | 58 | 11 | 46 | 42 | 24 | 46 |
| Ceftriaxone poudre pour injection | 32 | 9 | 27 | 43 | 28 | 68 | 18 | 27 | 9 | 4 | 12 | 6 | 14 | 22 | 20 |
| Amoxicilline suspension | 36 | 82 | 72 | 67 | 49 | 62 | 37 | 59 | 29 | 54 | 63 | 87 | 36 | 19 | 52 |
| Médicaments prioritaires pour les mères⁵ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Solution saline isotonique | 72 | 81 | 89 | 71 | 64 | 80 | 80 | 79 | 86 | 63 | 80 | 85 | 74 | 85 | 77 |
| Gluconate de calcium injectable | 10 | 3 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 4 | 18 | 2 | 2 | 1 | 10 | 0 | 5 |
| Poudre d'ampicilline pour injection | 68 | 93 | 83 | 91 | 90 | 78 | 89 | 100 | 93 | 89 | 94 | 90 | 97 | 80 | 88 |
| Métronidazole injectable | 41 | 50 | 27 | 44 | 10 | 48 | 34 | 73 | 57 | 25 | 25 | 54 | 29 | 21 | 38 |
| Capsules ou comprimés de misoprostol | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 6 | 0 | 4 | 0 | 1 |
| Capsules, comprimés ou suspension liquide d'azithromycine | 8 | 11 | 0 | 5 | 8 | 0 | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 4 |
| Capsules ou comprimés de céfixime | 38 | 14 | 10 | 21 | 36 | 7 | 34 | 11 | 11 | 9 | 39 | 38 | 27 | 4 | 21 |
| Poudre benzathine benzylpenicilline pour injection | 50 | 70 | 81 | 89 | 59 | 75 | 80 | 84 | 100 | 84 | 69 | 67 | 68 | 56 | 72 |
| Bétaméthasone/dexaméthasone injectable | 10 | 3 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 5 | 9 | 0 | 4 |
| Capsules ou comprimés de nifédipine | 8 | 5 | 49 | 14 | 5 | 0 | 0 | 9 | 4 | 0 | 37 | 24 | 19 | 33 | 16 |
| Effectif des structures offrant les services d'accouchement normal | 28 | 23 | 23 | 14 | 19 | 7 | 12 | 20 | 17 | 26 | 12 | 21 | 35 | 22 | 279 |

Note : Les médicaments essentiels et la pommade antibiotique pour les yeux pour les enfants présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « médecine » pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services d'accouchement selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

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

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

³ Penicilline injectable, gentamicine injectable, ampicilline injectable, ou ceftriaxone injectable.

⁴ Solution saline isotonique, solution de Ringier lactate, ou solution dextrose à 5 %.

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

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 (35 %), du gluconate de calcium (5 %), du misoprostol (1 %) et de la dexaméthasone (4 %) contrairement aux solutés de perfusion avec le nécessaire à la perfusion disponibles dans une structure sur sept (70 %) contre 54 % la première année .

La disponibilité des produits essentiels pour le nouveau-né est faible dans toutes les régions allant de 20 à 53 % pour tous les produits.

Le misoprostol n'est disponible qu'au niveau des régions de Dakar, Matam, Sédhiou et Thiès.

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 4 % de l'ensemble des structures offrant des services d'accouchement. Ce service est davantage proposé dans les hôpitaux (59 %) et rarement dans les centres de santé (11 % contre seulement 2 % la première année). Quant à la césarienne, elle a été réalisée dans 5 % de ces structures pendant la même période, mais beaucoup plus dans le privé (26 % contre 41 % à la première année) que dans le public (3 %).

Les autres médicaments et activités essentiels tels que les antibiotiques (71 %), les ocytociques (95 %), l'assistance à l'accouchement par voie basse (99 %), le retrait manuel du placenta (62 %), l'aspiration manuelle (83 %), la réanimation néonatale (60 %) 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 2014

| 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 |
|----------------------------|---|-------------|-------------------|--|----------------------------|--|-----------------------|----------------------|------------|-----|---|--|--|--|--|
| | Antibiotiques | Ocytotiques | Anticonvulsivants | Assistance à l'accouchement par voie basse | Retrait manuel du placenta | Retrait des rétentions des produits de conception (AM) | Réanimation néonatale | Transfusion sanguine | Césarienne | | | | | | |
| Type de structure | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hôpital | 98 | 98 | 70 | 100 | 75 | 98 | 83 | 59 | 89 | 11 | | | | | |
| Centre de santé | 96 | 100 | 62 | 100 | 73 | 97 | 90 | 11 | 12 | 20 | | | | | |
| Poste de santé | 68 | 94 | 26 | 99 | 61 | 81 | 57 | 1 | 1 | 248 | | | | | |
| Autorité de gestion | | | | | | | | | | | | | | | |
| Publique | 71 | 95 | 32 | 99 | 64 | 84 | 61 | 3 | 3 | 251 | | | | | |
| Privé | 73 | 94 | 23 | 100 | 48 | 72 | 50 | 7 | 26 | 29 | | | | | |
| Région | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dakar | 93 | 100 | 55 | 100 | 72 | 90 | 80 | 20 | 24 | 28 | | | | | |
| Diourbel | 89 | 89 | 19 | 94 | 72 | 89 | 67 | 5 | 5 | 23 | | | | | |
| Fatick | 72 | 100 | 21 | 100 | 44 | 89 | 46 | 0 | 2 | 23 | | | | | |
| Kaffrine | 63 | 81 | 25 | 100 | 56 | 68 | 73 | 2 | 2 | 14 | | | | | |
| Kaolack | 69 | 92 | 15 | 100 | 59 | 85 | 67 | 0 | 2 | 19 | | | | | |
| Kédougou | 36 | 75 | 7 | 94 | 33 | 75 | 23 | 0 | 0 | 7 | | | | | |
| Kolda | 80 | 98 | 24 | 100 | 46 | 34 | 43 | 0 | 0 | 12 | | | | | |
| Louga | 64 | 93 | 29 | 100 | 73 | 100 | 45 | 2 | 2 | 20 | | | | | |
| Matam | 57 | 93 | 40 | 100 | 100 | 100 | 57 | 1 | 1 | 17 | | | | | |
| Saint Louis | 64 | 100 | 25 | 100 | 100 | 95 | 35 | 2 | 3 | 26 | | | | | |
| Sédhiou | 77 | 94 | 37 | 100 | 59 | 75 | 57 | 2 | 2 | 12 | | | | | |
| Tambacounda | 80 | 100 | 39 | 100 | 57 | 87 | 74 | 3 | 4 | 21 | | | | | |
| Thiès | 85 | 96 | 46 | 100 | 63 | 84 | 87 | 3 | 9 | 35 | | | | | |
| Ziguinchor | 33 | 93 | 17 | 100 | 9 | 52 | 44 | 2 | 2 | 22 | | | | | |
| Total | 71 | 95 | 31 | 99 | 62 | 83 | 60 | 4 | 5 | 279 | | | | | |
| Case de santé | NA | 14 | NA | 83 | NA | NA | NA | NA | NA | 71 | | | | | |

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.

Comme à la première année, l'ECPSS 2014 montre aussi que presque toutes les structures de santé quels que soient le type et l'autorité de gestion offrent des services de prise en charge des IST (98 %). Tandis que les directives des IST ne sont disponibles que dans 69 % (contre 60 % à la première année) des structures offrant des services des IST.

Pour les produits et médicaments essentiels pour la prévention et la prise en charge, on note une bonne disponibilité des molécules de références à tous les niveaux sauf pour la ceftriaxone injectable (18 %) surtout au niveau des postes de santé. Cela peut s'expliquer par le fait que plusieurs équivalents (cefixime, cefotaxime) sont proposés par la Pharmacie National d'approvisionnement.

En outre, seulement 21% du personnel est formé pour la prise en charge des IST ; ce manque de formation étant plus accentué dans les régions de Sédhiou (0 %), de Fatick (3 %), de Ziguinchor (8 %), Tambacounda et Louga (10 %).

Cela pourrait s'expliquer par la mobilité et le renouvellement permanent du personnel au niveau décentralisé. En outre la formation continue du personnel se fait principalement lors des supervisions formatives ; les dernières révisions des protocoles de prise en charge des IST remontant en 2008, avec des formations décentralisées organisées au niveau régional et districts.

Les tests de diagnostic rapide de la syphilis ne sont disponibles que dans 1 % des structures offrant des services d'IST. Il faut cependant noter que la politique nationale utilise le test RPR avec confirmation par le TPHA au niveau des hôpitaux et centres de santé et dans environs 100 % des postes de santé.

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 2014

| Caractéristique | Pourcentage des structures offrant les services des IST ¹ | Pourcentage des structures de santé offrant les services des IST qui ont : | | | | Pourcentage des structures de santé offrant les services des IST qui disposent de : | | | | Effectif des structures offrant les services des IST | |
|----------------------------|--|--|--------------------|------------------------------|--|---|---------------|------------------------------------|------------------------|--|--|
| | | Effectif des structures | Directives des IST | Personnel formé ² | Capacité de test diagnostic rapide de la syphilis ³ | Condoms masculins | Métronidazole | Ciprofloxacine gélules ou comprimé | Ceftriaxone injectable | | |
| Type de structure | | | | | | | | | | | |
| Hôpital | 94 | 15 | 40 | 27 | 8 | 61 | 56 | 50 | 14 | 14 | |
| Centre de santé | 100 | 29 | 66 | 34 | 6 | 88 | 78 | 46 | 29 | 29 | |
| Poste de santé | 98 | 319 | 68 | 20 | 0 | 90 | 75 | 14 | 311 | 311 | |
| Autorité de gestion | | | | | | | | | | | |
| Publique | 99 | 295 | 71 | 22 | 1 | 94 | 79 | 19 | 293 | 293 | |
| Privé | 90 | 68 | 49 | 19 | 2 | 64 | 53 | 15 | 62 | 62 | |
| Région | | | | | | | | | | | |
| Dakar | 91 | 69 | 59 | 30 | 1 | 71 | 66 | 18 | 63 | 63 | |
| Diourbel | 100 | 25 | 76 | 47 | 0 | 96 | 61 | 8 | 25 | 25 | |
| Fatick | 100 | 23 | 47 | 3 | 0 | 94 | 100 | 27 | 23 | 23 | |
| Kafrine | 100 | 14 | 91 | 56 | 0 | 100 | 72 | 43 | 14 | 14 | |
| Kaolack | 96 | 23 | 78 | 19 | 0 | 83 | 60 | 26 | 22 | 22 | |
| Kédougou | 100 | 9 | 66 | 16 | 0 | 100 | 70 | 63 | 9 | 9 | |
| Kolda | 90 | 17 | 57 | 35 | 5 | 81 | 71 | 17 | 15 | 15 | |
| Louga | 100 | 23 | 60 | 10 | 0 | 98 | 46 | 24 | 23 | 23 | |
| Matam | 100 | 17 | 57 | 34 | 3 | 99 | 99 | 9 | 17 | 17 | |
| Saint Louis | 100 | 29 | 67 | 24 | 2 | 94 | 76 | 4 | 29 | 29 | |
| Sédhiou | 100 | 12 | 81 | 0 | 2 | 100 | 97 | 11 | 12 | 12 | |
| Tambacounda | 100 | 25 | 60 | 10 | 5 | 95 | 81 | 5 | 25 | 25 | |
| Thiès | 100 | 48 | 74 | 11 | 0 | 77 | 80 | 16 | 48 | 48 | |
| Ziguinchor | 100 | 30 | 79 | 8 | 0 | 97 | 82 | 23 | 30 | 30 | |
| Total | 98 | 363 | 67 | 21 | 1 | 84 | 74 | 18 | 354 | 354 | |

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans les domaines « personnel et formation », « diagnostic » et « médicaments et produits » utilisés pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services des IST selon la méthodologie proposée par l'OMS et l'USAID (2012).¹ Prestataires dans la structure diagnostiquent les IST ou prescrivent les traitements pour les IST ou les deux.

² 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 avoir impliqué des séances structurées, et n'inclut pas l'instruction individuelle que le prestataire aurait reçue au cours de la supervision de routine.

³ 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, 89 % (contre 82% à la première année) ont déclaré disposer d'un système de test de dépistage du VIH, dont 85 % des hôpitaux, 81 % des centres de santé et 90 % des postes de santé.

Tableau 3.21 Disponibilité des services de counseling et 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 des services de qualité en matière de counseling et test de dépistage du VIH, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

| Caractéristique | Pourcentage de toutes les structures avec un système de test de dépistage du VIH ¹ | Effectif des structures | Pourcentage des structures avec un système 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 ² | Directives de Counseling et de test de dépistage du VIH | Prestataire formé ³ | Intimité visuelle et auditive ⁴ | Condoms ⁵ | |
| Type de structure | | | | | | | | |
| Hôpital | 85 | 15 | 94 | 34 | 51 | 84 | 43 | 13 |
| Centre de santé | 81 | 29 | 100 | 50 | 75 | 84 | 62 | 24 |
| Poste de santé | 90 | 319 | 99 | 32 | 43 | 57 | 68 | 287 |
| Autorité de gestion | | | | | | | | |
| Publique | 93 | 295 | 99 | 35 | 48 | 61 | 74 | 275 |
| Privé | 71 | 68 | 96 | 24 | 32 | 56 | 26 | 48 |
| Région | | | | | | | | |
| Dakar | 77 | 69 | 97 | 31 | 65 | 50 | 40 | 53 |
| Diourbel | 100 | 25 | 100 | 28 | 44 | 93 | 65 | 25 |
| Fatick | 100 | 23 | 99 | 6 | 29 | 74 | 90 | 23 |
| Kaffrine | 100 | 14 | 100 | 49 | 38 | 35 | 98 | 14 |
| Kaolack | 94 | 23 | 100 | 55 | 29 | 59 | 84 | 22 |
| Kédougou | 95 | 9 | 100 | 51 | 43 | 36 | 63 | 8 |
| Kolda | 82 | 17 | 100 | 76 | 41 | 51 | 86 | 14 |
| Louga | 90 | 23 | 100 | 58 | 45 | 84 | 76 | 21 |
| Matam | 86 | 17 | 100 | 72 | 58 | 58 | 87 | 15 |
| Saint Louis | 90 | 29 | 100 | 53 | 32 | 74 | 74 | 26 |
| Sédhiou | 97 | 12 | 100 | 2 | 54 | 57 | 69 | 12 |
| Tambacounda | 91 | 25 | 95 | 7 | 64 | 64 | 100 | 22 |
| Thiès | 92 | 48 | 97 | 23 | 47 | 64 | 53 | 44 |
| Ziguinchor | 84 | 30 | 100 | 2 | 31 | 21 | 27 | 25 |
| Total | 89 | 363 | 99 | 33 | 46 | 60 | 67 | 323 |

NA = Non applicable

Note : Les indicateurs sur les stratégies et le personnel formé présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « personnel et formation » utilisé pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services de conseil et dépistage du VIH selon la méthodologie proposée par l'OMS et l'USAID (2012). De même, les éléments de l'intimité visuelle et auditive correspond 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 des recommandations de l'OMS-USAID.

¹ 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.

² 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.

³ 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 avoir impliqué des séances structurées, et n'inclut pas l'instruction individuelle que le prestataire aurait reçue au cours de la supervision de routine.

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

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

Le service de CDV est disponible aussi bien au niveau des structures privées (71 %) que publiques (93 %). Pendant la première année au contraire, le dépistage s'effectuait plus dans le secteur public (91 %) que dans le privé (39 %).

Pratiquement, 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 (99 %).

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 dépistage du VIH, 46 % 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 (contre 69 % la première année). Au niveau du secteur public, ce pourcentage est de 48 % contre 32 % pour le privé. Ces résultats s'expliquent en partie par la mobilité du personnel et le renouvellement des agents au niveau des structures de santé.

Dans le cadre du respect de la confidentialité du CDV, 60 % 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 (contre seulement 6 % la première année). En outre cette intimité était beaucoup plus assurée dans les hôpitaux et centres de santé que dans les postes de santé.

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, 8 % 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, 39 % (51 % la première année) 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 65 % des structures enquêtées offrant des services de thérapie antirétrovirale disposent d'un appareil de numération formule sanguine complète fonctionnel, 73 % sont capables de tester les fonctions rénale et hépatique et 31 % de ces structures réalisent le comptage des CD4 et 20 % la charge virale. On note une réelle amélioration par rapport à la première année où ces chiffres étaient respectivement à 53, 54, 22 et 16 %.

Au total, 98 % des structures offrant les services ART (tous les hôpitaux et postes de santé) disposaient des trois ARV de première ligne contre 87 % la première année.

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 2014

| Caractéristique | Pourcentage des structures de santé offrant les services ART ¹ | Effectif des structures | Pourcentage des structures offrant les services ART qui ont : | | | Capacité de diagnostic du laboratoire : | | | | | ART de première ligne pour adulte disponible ⁴ | Effectif des structures offrant les services ART | |
|----------------------------|---|-------------------------|---|------------------------------|---|---|-----------------------|---|-----------|------------|---|--|--|
| | | | Directives des ART | Personnel formé ² | Numeration formule sanguine complète ³ | Comptage cellules CD4 | Charge virale VIH ARN | Test de la fonction rénale ou hépatique | | | | | |
| Type de structure | | | | | | | | | | | | | |
| Hôpital | 37 | 15 | 85 | 44 | 100 | 59 | 6 | 100 | 100 | 100 | 100 | 5 | |
| Centre de santé | 57 | 29 | 92 | 44 | 68 | 33 | 28 | 77 | 96 | 100 | 100 | 17 | |
| Poste de santé | 2 | 319 | 65 | 20 | 24 | 0 | 11 | 35 | 100 | 100 | 100 | 6 | |
| Autorité de gestion | | | | | | | | | | | | | |
| Publique | 9 | 295 | 90 | 37 | 69 | 33 | 21 | 77 | 97 | 100 | 100 | 26 | |
| Privé | 2 | 68 | 0 | 74 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | |
| Région | | | | | | | | | | | | | |
| Dakar | 10 | 69 | 88 | 13 | 73 | 26 | 7 | 80 | 100 | 100 | 100 | 7 | |
| Diourbel | 7 | 25 | 100 | 62 | 100 | 31 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 2 | |
| Fatick | 6 | 23 | 33 | 33 | 67 | 33 | 67 | 67 | 100 | 100 | 100 | 1 | |
| Kafrine | 11 | 14 | 100 | 0 | 15 | 15 | 41 | 100 | 56 | 100 | 100 | 2 | |
| Kaolack | 4 | 23 | 100 | 50 | 100 | 50 | 50 | 100 | 100 | 100 | 100 | 1 | |
| Kédougou | 24 | 9 | 57 | 0 | 0 | 34 | 34 | 0 | 100 | 100 | 100 | 2 | |
| Kolda | 6 | 17 | 100 | 0 | 100 | 64 | 64 | 100 | 100 | 100 | 100 | 1 | |
| Louga | 9 | 23 | 100 | 41 | 61 | 0 | 0 | 80 | 100 | 100 | 100 | 1 | |
| Matam | 7 | 17 | 100 | 60 | 60 | 20 | 0 | 60 | 100 | 100 | 100 | 2 | |
| Saint Louis | 6 | 29 | 100 | 100 | 100 | 64 | 36 | 64 | 100 | 100 | 100 | 2 | |
| Sédhiou | 5 | 12 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 40 | 100 | 100 | 100 | 1 | |
| Tambacounda | 12 | 25 | 51 | 68 | 51 | 29 | 11 | 51 | 100 | 100 | 100 | 3 | |
| Thiès | 5 | 48 | 100 | 68 | 100 | 47 | 32 | 100 | 100 | 100 | 100 | 2 | |
| Ziguinchor | 5 | 30 | 100 | 33 | 0 | 33 | 0 | 67 | 100 | 100 | 100 | 1 | |
| Total | 8 | 363 | 85 | 39 | 65 | 31 | 20 | 73 | 98 | 100 | 100 | 28 | |

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans les domaines « personnel et formation », « diagnostic » et « médicaments et produits » utilisé pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services de traitement antirétroviraux du VIH (ART) selon la méthodologie proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

¹ Prestataires dans la structure 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.

² 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 avoir impliqué des séances structurées, et n'inclut pas l'instruction individuelle que le prestataire aurait reçue au cours de la supervision de routine.

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

⁴ La structure a 3 ARV de première ligne pour le traitement d'adulte disponible dans la structure.

PTME

L'ECPSS 2014 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+

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 ; ce qui montre une bonne intégration des services de PTME dans les services de CPN.

Par contre, le dépistage du VIH des enfants nés de mère séropositive n'est disponible que dans 13 % de ces structures.

Le traitement ARV pour les femmes séropositives et la prophylaxie ARV les enfants nés de mère séropositive sont essentiellement disponibles au niveau des hôpitaux et centres de santé offrant les services intégrés de CPN et de PTME. Au niveau des postes de santé seule 4 % disposent de service de prophylaxie ARV pour les enfants nés de mère séropositive et 5 % disposent de traitement ARV pour les femmes enceintes séropositives ; il faut noter que dans le cadre de la politique nationale le service de prophylaxie ARV n'est pas encore totalement décentralisé au niveau des postes santé même si quelques districts pour des raisons d'accès difficile positionnent les produits au niveau des postes pour le suivi.

Pour ce qui concerne les mères la politique nationale recommande à ce jour une trithérapie sur initiative d'un médecin avec un suivi possible par des prestataires paramédicaux.

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 2014

| Caractéristique | Pourcentage des structures offrant la CPN qui fournit un service quelconque de PTME ¹ | Effectif des structures de santé 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+ | | |
| Type de structure | | | | | | | | | | | |
| Hôpital | 98 | 12 | 92 | 31 | 43 | 43 | 68 | 68 | 68 | 68 | 12 |
| Centre de santé | 100 | 24 | 100 | 54 | 59 | 58 | 74 | 70 | 76 | 76 | 24 |
| Poste de santé | 97 | 293 | 99 | 9 | 5 | 4 | 38 | 31 | 32 | 32 | 284 |
| Autorité de gestion | | | | | | | | | | | |
| Publique | 98 | 277 | 99 | 15 | 12 | 11 | 42 | 36 | 38 | 38 | 272 |
| Privé | 92 | 52 | 99 | 3 | 5 | 3 | 38 | 32 | 28 | 28 | 48 |
| Région | | | | | | | | | | | |
| Dakar | 93 | 58 | 98 | 20 | 14 | 14 | 38 | 29 | 33 | 33 | 54 |
| Diourbel | 100 | 25 | 100 | 8 | 7 | 7 | 18 | 24 | 29 | 29 | 25 |
| Fatick | 100 | 23 | 100 | 4 | 6 | 6 | 17 | 17 | 17 | 17 | 23 |
| Kafrine | 100 | 14 | 100 | 11 | 10 | 10 | 72 | 48 | 48 | 48 | 14 |
| Kaolack | 100 | 22 | 93 | 13 | 2 | 2 | 72 | 45 | 45 | 45 | 22 |
| Kédougou | 100 | 8 | 100 | 15 | 46 | 46 | 69 | 58 | 58 | 58 | 8 |
| Kolda | 100 | 14 | 100 | 13 | 13 | 13 | 76 | 53 | 53 | 53 | 14 |
| Louga | 93 | 20 | 100 | 9 | 7 | 7 | 39 | 39 | 31 | 31 | 19 |
| Matam | 86 | 17 | 100 | 21 | 8 | 8 | 58 | 58 | 50 | 50 | 15 |
| Saint Louis | 99 | 27 | 100 | 16 | 6 | 6 | 21 | 21 | 26 | 26 | 27 |
| Sédhiou | 100 | 12 | 100 | 17 | 25 | 17 | 65 | 71 | 71 | 71 | 12 |
| Tambacounda | 100 | 21 | 100 | 6 | 27 | 19 | 54 | 54 | 54 | 54 | 21 |
| Thiès | 97 | 44 | 100 | 17 | 7 | 7 | 32 | 22 | 26 | 26 | 43 |
| Ziguinchor | 100 | 25 | 100 | 10 | 4 | 4 | 33 | 40 | 33 | 33 | 25 |
| Total | 97 | 329 | 99 | 13 | 11 | 10 | 42 | 36 | 36 | 36 | 320 |
| Case de santé | 91 | 28 | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | 26 |

ARV = antirétroviral

NA = Non applicable

¹ La structure fournit un des services suivants 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, traitement prophylactique 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.

3.10 Maladies non transmissibles

L'ECPSS du Sénégal 2014 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.

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, un peu plus de sept structures sur dix étaient capables de réaliser la glycémie (73 %), la glycosurie (53 %) et la protéinurie (53 %) loin de la disponibilité de la première année où seulement un quart des structures visitées réalisaient ces tests.

Par ailleurs, la disponibilité était moins importante dans les régions de Kolda, Dakar et Fatick pour le test de la glycémie.

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 2014

| Caractéristique | Capacité de diagnostic | | | Médicaments | | | | Effectif des structures offrant les services du diabète |
|----------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------|---------------|---------------------|---|---|
| | Glycémie ¹ | Protéinurie ² | Glycorurie ³ | Metformine | Glibenclamide | Insuline injectable | Solutions de perfusion (sodium chlorure et glucose) | |
| Type de structure | | | | | | | | |
| Hôpital | 79 | 73 | 73 | 32 | 6 | 35 | 37 | 14 |
| Centre de santé | 97 | 58 | 62 | 9 | 0 | 8 | 51 | 29 |
| Poste de santé | 71 | 52 | 51 | 5 | 1 | 1 | 39 | 299 |
| Autorité de gestion | | | | | | | | |
| Publique | 76 | 55 | 54 | 5 | 0 | 2 | 42 | 280 |
| Privé | 63 | 45 | 47 | 13 | 2 | 10 | 27 | 62 |
| Région | | | | | | | | |
| Dakar | 59 | 53 | 56 | 10 | 0 | 9 | 30 | 63 |
| Diourbel | 94 | 65 | 81 | 5 | 3 | 0 | 50 | 25 |
| Fatick | 63 | 86 | 58 | 7 | 1 | 0 | 1 | 23 |
| Kaffrine | 65 | 23 | 23 | 0 | 5 | 2 | 59 | 12 |
| Kaolack | 82 | 35 | 37 | 4 | 0 | 2 | 57 | 23 |
| Kédougou | 74 | 20 | 34 | 0 | 0 | 0 | 68 | 7 |
| Kolda | 42 | 21 | 21 | 0 | 0 | 0 | 65 | 16 |
| Louga | 70 | 56 | 50 | 4 | 0 | 2 | 40 | 23 |
| Matam | 78 | 33 | 33 | 1 | 0 | 1 | 100 | 17 |
| Saint Louis | 91 | 51 | 61 | 2 | 0 | 2 | 76 | 29 |
| Sédhiou | 83 | 91 | 86 | 2 | 0 | 2 | 0 | 12 |
| Tambacounda | 80 | 55 | 35 | 7 | 6 | 7 | 0 | 21 |
| Thiès | 77 | 57 | 63 | 16 | 0 | 5 | 43 | 46 |
| Ziguinchor | 78 | 61 | 55 | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 |
| Total | 73 | 53 | 53 | 6 | 1 | 3 | 40 | 342 |

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans les domaines « diagnostic » et « médicaments et produits » pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services de prise en charge du diabète selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

¹ 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.

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

La disponibilité des médicaments pour la prise en charge du diabète est très faible dans les structures offrant les services de diabète ; seulement 1 % de glibenclamide, 3 % d'insuline et 6 % de metformine étaient disponibles. Quant au soluté de glucose, il était disponible dans 40 % de ces structures le jour de l'enquête avec rupture totale dans les régions de Ziguinchor, Tambacounda et Sédhiou.

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 cardio-vasculaires.

Parmi les structures offrant les services de maladies cardiovasculaires, la disponibilité des médicaments essentiels et produits demeure encore très faible presque inexistante, et ceci dans toutes les régions. En outre la disponibilité était meilleure dans les structures privées.

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 2014

| Caractéristique | Pourcentage des structures offrant les services des maladies cardio-vasculaires qui disposent de : | | | | | Effectif des structures offrant les services des maladies cardio-vasculaires |
|----------------------------|--|----------|---------------------------|--|----------------------|--|
| | Inhibiteurs de l'EC (enalapril) | Thiazide | Bêta-bloquants (atenolol) | Bloqueurs des canaux calciques (amlodipine/nifedipine) | Oxygène ¹ | |
| Type de structure | | | | | | |
| Hôpital | 0 | 0 | 7 | 32 | 49 | 14 |
| Centre de santé | 3 | 0 | 2 | 30 | 19 | 29 |
| Poste de santé | 1 | 2 | 1 | 14 | 3 | 313 |
| Autorité de gestion | | | | | | |
| Publique | 0 | 0 | 1 | 16 | 3 | 293 |
| Privé | 4 | 8 | 3 | 16 | 19 | 64 |
| Région | | | | | | |
| Dakar | 0 | 0 | 4 | 17 | 22 | 64 |
| Diourbel | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 25 |
| Fatick | 2 | 0 | 0 | 49 | 2 | 23 |
| Kaffrine | 0 | 5 | 0 | 14 | 2 | 14 |
| Kaolack | 0 | 4 | 0 | 4 | 6 | 23 |
| Kédougou | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| Kolda | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 17 |
| Louga | 8 | 0 | 0 | 8 | 0 | 23 |
| Matam | 0 | 0 | 0 | 4 | 1 | 17 |
| Saint Louis | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 29 |
| Sédhiou | 0 | 0 | 0 | 36 | 3 | 12 |
| Tambacounda | 5 | 5 | 5 | 21 | 1 | 25 |
| Thiès | 0 | 6 | 0 | 20 | 8 | 48 |
| Ziguinchor | 0 | 0 | 2 | 34 | 2 | 29 |
| Total | 1 | 2 | 1 | 16 | 6 | 357 |

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « médicaments et produits » pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services de prise en charge des maladies cardiovasculaires selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

¹ 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 un peu plus d'une structure sur deux (53 %) et le salbutamol dans un peu moins d'une structure sur trois (28 %), tous les autres médicaments, de même que l'oxygène (6 %), étaient rarement disponibles le jour de l'enquête. Cette situation est identique à la première année.

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 2014

| Caractéristique | Pourcentage des structures offrant les services des maladies respiratoires chroniques qui disposent de : | | | | | | Effectif des structures offrant les services des maladies respiratoires chroniques |
|----------------------------|--|---------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------|--|
| | Salbutamol inhalateur | Beclomethasone inhalateur | Prednisolone comprimés | Hydrocortisone comprimés | Epinephrine injectable | Oxygène ¹ | |
| Type de structure | | | | | | | |
| Hôpital | 42 | 2 | 10 | 50 | 36 | 49 | 14 |
| Centre de santé | 39 | 0 | 8 | 58 | 11 | 19 | 29 |
| Poste de santé | 27 | 0 | 2 | 53 | 1 | 3 | 306 |
| Autorité de gestion | | | | | | | |
| Publique | 27 | 0 | 2 | 56 | 4 | 3 | 289 |
| Privé | 35 | 2 | 5 | 38 | 2 | 18 | 61 |
| Région | | | | | | | |
| Dakar | 31 | 0 | 5 | 38 | 9 | 20 | 63 |
| Diourbel | 8 | 0 | 0 | 49 | 3 | 0 | 25 |
| Fatick | 25 | 0 | 9 | 39 | 0 | 2 | 23 |
| Kaffrine | 47 | 0 | 0 | 76 | 0 | 2 | 14 |
| Kaolack | 38 | 0 | 0 | 47 | 0 | 6 | 23 |
| Kédougou | 22 | 0 | 0 | 70 | 0 | 0 | 8 |
| Kolda | 23 | 0 | 3 | 64 | 0 | 3 | 14 |
| Louga | 22 | 0 | 0 | 62 | 2 | 0 | 23 |
| Matam | 1 | 0 | 0 | 57 | 0 | 1 | 17 |
| Saint Louis | 6 | 0 | 0 | 62 | 2 | 1 | 29 |
| Sédhiou | 30 | 0 | 2 | 58 | 2 | 3 | 12 |
| Tambacounda | 29 | 0 | 10 | 49 | 1 | 1 | 25 |
| Thiès | 41 | 4 | 1 | 69 | 8 | 9 | 45 |
| Ziguinchor | 53 | 0 | 3 | 44 | 5 | 2 | 29 |
| Total | 28 | 1 | 3 | 53 | 4 | 6 | 350 |

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « médicaments et produits » pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services de prise en charge des maladies respiratoires chroniques selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

¹ Dans des bouteilles ou des concentrateurs

3.11 Tuberculose (TB)

L'ECPSS 2014 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 de la TB. Le diagnostic par microscopie est beaucoup plus réalisé dans les centres de santé (68 %), les hôpitaux (50 %) et dans seulement 6 % des postes de santé.

Parmi les structures offrant des services de diagnostic et ou traitement de la TB, 93 % peuvent diagnostiquer le VIH. Dans 7 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, au moins huit de ces structures sur dix ont cette capacité de diagnostic. Par ailleurs, on peut noter que cette capacité de diagnostic est beaucoup plus fréquente dans les structures du public (95 %) que du privé (85 %). Pratiquement tous les hôpitaux (97 %), centres de santé (98 %) et postes de santé (92 %) ont la capacité de réaliser ce diagnostic.

Médicaments

Concernant la disponibilité des médicaments pour le traitement de la TB, près de six structures sur dix (58 %) visitées et offrant des services de diagnostic et ou de traitement de la TB disposaient de traitement

de première ligne (85 % des centres de santé). La streptomycine injectable quant à elle n'était disponible que dans une structure sur cinq.

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 2014

| Caractéristique | Pourcentage des structures ayant les capacités de microscopie frottis de TB ¹ | Pourcentage des structures ayant : | | Pourcentage des structures disposant de : | | Effectif des structures offrant un service quelconque de diagnostic, de traitement, et/ou de suivi de traitement de la TB |
|----------------------------|--|--|---|---|--------------------------|---|
| | | Capacité de diagnostic du VIH ² | Système diagnostic du VIH pour les clients de TB ³ | Traitement de première ligne ⁴ | Streptomycine Injectable | |
| Type de structure | | | | | | |
| Hôpital | 50 | 97 | 38 | 30 | 19 | 7 |
| Centre de santé | 68 | 98 | 85 | 85 | 72 | 21 |
| Poste de santé | 6 | 92 | 50 | 56 | 13 | 160 |
| Autorité de gestion | | | | | | |
| Publique | 14 | 95 | 57 | 64 | 22 | 160 |
| Privé | 22 | 85 | 33 | 28 | 4 | 28 |
| Région | | | | | | |
| Dakar | 29 | 79 | 45 | 50 | 32 | 29 |
| Diourbel | 3 | 100 | 79 | 83 | 13 | 19 |
| Fatick | 6 | 99 | 88 | 49 | 12 | 23 |
| Kaffrine | 32 | 100 | 55 | 100 | 55 | 3 |
| Kaolack | 6 | 100 | 47 | 82 | 11 | 8 |
| Kédougou | 20 | 100 | 35 | 35 | 0 | 2 |
| Kolda | 40 | 100 | 20 | 93 | 33 | 5 |
| Louga | 10 | 90 | 53 | 43 | 22 | 14 |
| Matam | 14 | 100 | 24 | 24 | 24 | 5 |
| Saint Louis | 17 | 86 | 12 | 53 | 26 | 10 |
| Sédhiou | 5 | 100 | 59 | 73 | 16 | 11 |
| Tambacounda | 36 | 86 | 64 | 47 | 26 | 8 |
| Thiès | 9 | 96 | 47 | 75 | 20 | 36 |
| Ziguinchor | 21 | 91 | 41 | 16 | 3 | 16 |
| Total | 15 | 93 | 53 | 58 | 20 | 188 |

NA = Non applicable

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans les domaines « diagnostics » et « médicaments et des produits » pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services de prise en charge de la tuberculose selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

¹ 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.

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

³ Registre ou archive indiquant les clients de TB ayant été testé pour le VIH

⁴ Combinaison de quatre médicaments à 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 2014 a permis d'évaluer la disponibilité des services du paludisme, les normes et protocoles, le 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.

L'objectif de couverture universelle pour toutes les interventions à travers la mise en œuvre des derniers plans a permis d'améliorer l'offre de manière significative.

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 2014

| Caractéristique | Pourcentage de toutes les structures offrant le diagnostic et/ou le traitement du paludisme ¹ | | Directives | | | | Personnel formé | | | Diagnostic | | Effectif des structures offrant le diagnostic et/ou services de traitement du paludisme ⁷ |
|----------------------------|--|---|--|---|-------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------|---|--|--|
| | Effectif des structures | Directives sur le diagnostic et/ou le traitement du paludisme | Normes et protocoles sur le TPI ² | Personnel formé en diagnostic et/ou traitement du paludisme | Personnel formé en TPI ⁴ | TDR du paludisme ⁵ | Microscopie du paludisme ⁶ | Diagnostic quelconque du paludisme ⁷ | Diagnostic | | | |
| | | | | | | | | | Effectif des structures | Directives sur le diagnostic et/ou le traitement du paludisme | Normes et protocoles sur le TPI ² | |
| Type de structure | | | | | | | | | | | | |
| Hôpital | 97 | 15 | 51 | 71 | 22 | 90 | 62 | 93 | 14 | | | |
| Centre de santé | 100 | 29 | 86 | 87 | 49 | 95 | 64 | 98 | 29 | | | |
| Poste de santé | 99 | 319 | 89 | 84 | 71 | 94 | 6 | 95 | 315 | | | |
| Autorité de gestion | | | | | | | | | | | | |
| Publique | 100 | 295 | 89 | 88 | 73 | 98 | 10 | 98 | 295 | | | |
| Privé | 93 | 68 | 75 | 63 | 39 | 75 | 26 | 79 | 64 | | | |
| Région | | | | | | | | | | | | |
| Dakar | 93 | 69 | 72 | 75 | 44 | 83 | 29 | 88 | 64 | | | |
| Diourbel | 100 | 25 | 98 | 98 | 90 | 95 | 7 | 95 | 25 | | | |
| Fatick | 100 | 23 | 94 | 100 | 97 | 100 | 6 | 100 | 23 | | | |
| Kafrine | 100 | 14 | 100 | 91 | 70 | 100 | 11 | 100 | 14 | | | |
| Kaolack | 100 | 23 | 92 | 92 | 87 | 94 | 8 | 94 | 23 | | | |
| Kédougou | 100 | 9 | 79 | 100 | 91 | 95 | 18 | 95 | 9 | | | |
| Kolda | 100 | 17 | 74 | 82 | 59 | 94 | 4 | 94 | 17 | | | |
| Louga | 100 | 23 | 98 | 88 | 72 | 94 | 12 | 94 | 23 | | | |
| Matam | 100 | 17 | 93 | 78 | 100 | 100 | 4 | 100 | 17 | | | |
| Saint Louis | 100 | 29 | 86 | 86 | 66 | 95 | 6 | 95 | 29 | | | |
| Sédhiou | 100 | 12 | 94 | 89 | 80 | 100 | 5 | 100 | 12 | | | |
| Tambacounda | 100 | 25 | 82 | 85 | 75 | 100 | 12 | 100 | 25 | | | |
| Thiès | 100 | 48 | 86 | 75 | 55 | 89 | 14 | 92 | 48 | | | |
| Ziguinchor | 100 | 30 | 95 | 73 | 60 | 100 | 11 | 100 | 30 | | | |
| Total | 99 | 363 | 87 | 84 | 67 | 94 | 13 | 95 | 359 | | | |
| Case de santé | 94 | 89 | 73 | 45 | 23 | 83 | NA | 83 | 84 | | | |

NA = Non applicable

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans les « personnel et de la formation », et « diagnostic » pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services de prise en charge du paludisme selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

¹ Ceci est basé sur les structures qui déclarent qu'ils offrent le diagnostic et/ou le traitement du paludisme. Les structures offrant des services des consultations prénatales qui ont déclaré qu'ils fournissent les tests de diagnostic rapide (TDR) ou qui administreraient ces tests au site de services des consultations prénatales le jour de l'enquête ont été comptées comme offrant le diagnostic et/ou le traitement du paludisme. Aussi, les structures offrant de soins curatifs infantiles ou le prestataire des soins curatifs infantiles diagnostiquant le paludisme ou qui offrait de traitement du paludisme le jour de l'enquête ont été comptées comme offrant le diagnostic et/ou le traitement du paludisme.

² Normes et protocoles sur le Traitement Préventif Intermittent (TPI) du paludisme.

³ 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 impliquer une session structurée, et n'inclut pas une instruction individuelle reçue au cours d'une visite de supervision de routine.

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

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

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

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

En effet 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. Par ailleurs cette disponibilité est de 94 % dans les cases de santé.

Les normes et protocoles (directives) sur le diagnostic et/ou le traitement du paludisme sont disponibles dans 87 % des structures offrant des services de diagnostic et ou traitement du paludisme. Ces documents sont davantage disponibles dans les postes de santé (89 %) et les centres de santé (86 %), et selon le type de gestion, sont plus fréquents dans le public (89 %) que dans le privé (75 %). Par ailleurs on note une excellente disponibilité dans toutes les régions surtout celle de Kaffrine où toutes les structures visitées possèdent ces documents de référence ; les régions où ils sont les moins disponibles sont les régions de Dakar (72 %) et Kolda (74 %).

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 six structures sanitaires sur dix (65 %) parmi les structures offrant des services de diagnostic et ou de traitement du paludisme contrairement à la première année où on la disponibilité était de 58 %.

La formation continue en matière de diagnostic et/ou traitement du paludisme a concerné 84 % 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 contre 78 % la première année. En outre 45 % des cases de santé disposent de personnel formé à la prise en charge du paludisme contre 34 % la première année.

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 reste faible à l'échelle nationale (67 %) malgré une nette amélioration (53 % la première année) surtout dans les régions de Dakar (44 %) et Thiès (55 %) et Kolda (59 %).

Le test de diagnostic rapide (TDR) du paludisme est disponible dans 94 % 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 (95 %) et des postes de santé (94 %) qu'au niveau des hôpitaux et des cases de santé (90 et 83 %).

Au niveau national, seules 13 % des structures offrant des services de diagnostic et/ou de traitement du paludisme proposent le diagnostic microscopique 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 80 % des structures visitées, les ACT (Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine) de première ligne pédiatriques dans 79 % avec une disponibilité de 53 % au niveau des cases de santé, tandis que les préparations pour adolescents et adultes étaient disponibles respectivement dans 56 et 65 % des cas.

Au niveau national 76 % des structures offrant les services du paludisme disposent de la SP, il faut noter qu'une intense activité de plaidoyer a été menée auprès des MCD pour la disponibilité de la SP.

Nous notons une plus grande disponibilité au niveau des PS et du secteur public (81 %) alors que celle-ci n'est que de 31 % au niveau des hôpitaux et 55 % au niveau du privé où certainement la prescription au niveau des officines est la règle.

La région de Kaffrine avec 98 % de ses structures qui ont la SP vient en tête tandis que Dakar ferme la marche avec 41 %. La proportion de privé et d'hôpitaux à Dakar a impacté négativement sur la performance de la région

La quinine injectable était le médicament antipaludique le plus utilisé et dont la disponibilité était meilleure au niveau des centres de santé et des postes de santé (respectivement 90 % et 80 %) qu'au niveau des hôpitaux (59 %), et davantage dans le public que dans le privé. Au niveau des régions, Matam et Kédougou 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 thérapies non artémisinine dans 10 % des cas contre 38 la première année.

Au niveau national, les MII sont disponibles dans 47 % des structures offrant les services du paludisme. Les Postes de santé avec 49 % de disponibilité viennent en tête des structures classées selon la typologie devant les centres de santé (42 %) et les hôpitaux (17 %). Il faut noter que dans le processus mis en place, les hôpitaux à cause de leur mode gestion sont moins impliqués dans cette intervention

Au niveau des structures publiques qui sont dotés par le PNLP à la demande la disponibilité de MII est de 54 % contre 17 % dans le privé.

La région de Ziguinchor (84 %) et celle de Kédougou (74 %) présentent les meilleures disponibilités en MII au niveau des structures sanitaires tandis que Diourbel (5 %) et Kaolack (13 %) ont les taux de disponibilité les plus faibles.

La disponibilité est également faible au niveau communautaire avec 29 %.

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, sulfadoxine/pyriméthamine, paracétamol et les moustiquaires préimprégnées d'insecticide (MI) disponible dans la structure le jour de l'enquête, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

| Caractéristique | Antipaludiques | | | | | | | | | | Autres médicaments et produits | | | Effectif des structures offrant le diagnostic et/ou services de traitement du paludisme |
|----------------------------|--|--|---|-----------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|--------------------|-----------------|----------------------|--------------------------------|----|-----|---|
| | ACT ³ de première ligne - préparation pédiatrique | ACT ³ de première ligne - préparation adolescente | ACT ³ de première ligne - préparation adulte | Autres antipaludiques | Artésunate injectable | Artésunate voie rectale | Quinine par voie orale | Quinine injectable | SP ¹ | Paracétamol comprimé | MI ² | | | |
| Type de structure | | | | | | | | | | | | | | |
| Hôpital | 40 | 29 | 32 | 14 | 22 | 0 | 0 | 5 | 59 | 31 | 53 | 17 | 14 | |
| Centre de santé | 63 | 38 | 50 | 15 | 6 | 0 | 0 | 2 | 90 | 47 | 88 | 42 | 29 | |
| Poste de santé | 82 | 59 | 68 | 10 | 1 | 0 | 0 | 2 | 80 | 81 | 90 | 49 | 315 | |
| Autorité de gestion | | | | | | | | | | | | | | |
| Publique | 86 | 61 | 70 | 9 | 3 | 0 | 0 | 2 | 84 | 81 | 94 | 54 | 295 | |
| Privé | 47 | 35 | 41 | 13 | 3 | 0 | 0 | 5 | 61 | 55 | 63 | 17 | 64 | |
| Région | | | | | | | | | | | | | | |
| Dakar | 54 | 20 | 24 | 23 | 6 | 0 | 0 | 3 | 61 | 41 | 75 | 40 | 64 | |
| Diourbel | 88 | 75 | 82 | 13 | 0 | 0 | 0 | 5 | 93 | 93 | 93 | 5 | 25 | |
| Fatick | 94 | 89 | 89 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 89 | 93 | 94 | 37 | 23 | |
| Kafrine | 95 | 86 | 100 | 5 | 5 | 0 | 0 | 5 | 76 | 98 | 100 | 73 | 14 | |
| Kaolack | 90 | 72 | 90 | 4 | 0 | 0 | 0 | 2 | 89 | 78 | 92 | 13 | 23 | |
| Kédougou | 90 | 75 | 91 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 78 | 90 | 74 | 9 | |
| Kolda | 58 | 28 | 34 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 66 | 75 | 89 | 61 | 17 | |
| Louga | 90 | 86 | 88 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 98 | 70 | 78 | 72 | 23 | |
| Matam | 76 | 60 | 53 | 17 | 0 | 7 | 0 | 0 | 100 | 83 | 86 | 46 | 17 | |
| Saint Louis | 85 | 85 | 94 | 6 | 2 | 0 | 0 | 0 | 52 | 94 | 90 | 71 | 29 | |
| Sédhiou | 100 | 78 | 66 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 94 | 84 | 100 | 58 | 12 | |
| Tambacounda | 91 | 49 | 89 | 6 | 12 | 0 | 0 | 5 | 88 | 84 | 95 | 30 | 25 | |
| Thiès | 68 | 37 | 37 | 22 | 0 | 0 | 0 | 6 | 91 | 79 | 87 | 41 | 48 | |
| Ziguinchor | 92 | 56 | 76 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 71 | 78 | 100 | 84 | 30 | |
| Total | 79 | 56 | 65 | 10 | 3 | 0 | 0 | 2 | 80 | 76 | 88 | 47 | 359 | |
| Case de santé | 53 | NA | 56 | 5 | NA | NA | NA | NA | NA | NA | 81 | 29 | 84 | |

NA = Non applicable

Note : Les indicateurs des antipaludiques de première ligne, sulfadoxine/pyriméthamine, paracétamol et MI présentés dans ce tableau comprennent les domaines des médicaments et produits pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services de prise en charge du paludisme selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

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

² La structure a des moustiquaires préimprégnées d'insecticide (MI) ou des bons d'échange pour des MI disponibles dans la structure pour distribuer aux clients.

³ ACT = Combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine

DIRECTEUR NATIONAL

Aboubacar Sedikh BEYE, 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 Mabeye DIOP (ANSD), Thiécouta NDIAYE (ANSD), Papa Ibrahima Sylmang SENE (ANSD), Dr Moussa DIAKHATE (USAID), Mariama STIRBU (UNICEF), Papa Madiop DIOP (UNFPA), Mariama GUEYE (IST/SIDA), Ndèye Khady TOURÉ (CLM), Matar CAMARA (USAID), Mr DIOUF (Micronutrient Initiative), Julie THWING (PMI), Nafissatou DIOP (POPCOUNCIL), Dr Siaka COULIBALY (DSISS), Dr Abdoulaye DIAW (DSISS), Malang COLY (OMS).

ADAPTATION DU QUESTIONNAIRE ET FORMATION

Dr Mariama GUEYE, Dr Fatou NIASS (DLSI), Dr Ousseynou FAYE (DSRSE), Dr Moussa DIAKHATE (USAID), Dr Ibou GUISSSE (ANSD).

MISE A JOUR DE LA LISTE PRINCIPALE DES STRUCTURES

Dr Siaka COULIBALY (DSISS/MSAS), Dr DIA (DSISS), Dr Moussa DIAKHATE (USAID), Dr Ibou GUISSSE (ANSD)

EQUIPE D'ENCADREMENT INFORMATIQUE

Thiécouta NDIAYE, Abdou SARR, Ndiassé DAGOURA

EQUIPE DE REDACTION

Dr Ibou GUISSSE, Dr Ousseynou BADIANE, Dr Kemo DIEDHIOU, Dr Abdoulaye DIAW, Dr Moustapha CISSE et toute l'équipe du PNLP, Dr Mariama GUEYE, Dr Fatou NIASS, Mr Pape Manoumbe NDIAYE, Dr Oulimata DIOP FALL, Dr NGoné Deguene SAMB, Dr Chimere DIAW, Dr Moussa DIAKHATE

COORDONNATEUR MEDICAL

Dr Moussa DIAKHATE

PERSONNELS DE COLLECTE

Chefs d'équipe

Anta GUEYE
Omar FALL
Ndéye Oumy DIOUF

Enquêteurs

Abdou Lahad DIOUF
Fatoumata Dior LO
Mame Arame DIOP
El Hadji Ousmane FAYE
Marième SALL
Marième SEMBENE

Chauffeurs

MBaye DIAGNE
Mamadou BA
Moctar NDAO
Aliou DIENG
Daouda NGOM

Madieng KEBE
Mamadou SAMB
Abdou Mamadou LY
Mamadou Dieng SALL
Djibril DIATTA

Reprographe

Saliou FAYE

Personnel d'appui

Mbaye NDIAYE et Matar BOCOUM

ASSISTANCE TECHNIQUE D'ICF INTERNATIONAL

Jose Miguel GUZMAN, coordination, ICF International
Dr Paul AMETEPI, conception, ICF International
Dr Michelle WINNER, appui technique, ICF International
Dr Salima MUTIMA, conception, exécution et analyse, ICF International
Ruilin REN, plan de sondage, ICF International
Albert THEMME, traitement informatique, ICF International
Abraham SENE, traitement informatique, ICF International
Sarah BALIAN, dissémination, ICF International
Natalie LA ROCHE, production du rapport, ICF International

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 |
| 007 | STATUT DE LA STRUCTURE SANITAIRE (PROPRIETE) | | |
| | PUBLIQUE | | 1 |
| | ONG/PRIVE SANS BUT LUCRATIF | | 2 |
| | PRIVE | | 3 |
| | PRIVE CONFESIONNEL | | 4 |
| 008 | URBAIN/RURAL | | |
| | URBAIN | | 1 |
| | RURAL | | 2 |
| 009 | HOSPITALISATION SEULEMENT | | |
| | OUI | | 1 |
| | NON | | 2 |

VISITES D'ENQUÊTEURS(TRICES)

| | 1 | 2 | 3 | VISITE FINALE |
|--------------------|-------|-------|-------|---|
| DATE | _____ | _____ | _____ | JOUR [] [] 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/PARTIELLEMENT REMPLI
- 4 : REFUS DE LA STRUCTURE
- 5 : FERME/ PAS ENCORE OPERATIONEL
- 6 : AUTRE _____

(SPECIFIER)

NOMBRE TOTAL D'INTERVIEWS DE PRESTATAIRES ET D'OBSERVATIONS

| | | |
|---|-----------------|----------------------------|
| NOMBRE TOTAL DE PRESTATAIRES INTERVIEWES. | [] [] | |
| NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS EN CPN. | [] [] [] [] | # TOTAL DES VISITES CLIENT |
| NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS CONSULTATIONS ENFANTS MALADES. | [] [] [] [] | [] [] [] [] |

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

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

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?

| | | | | | | |
|------|--|--|------|---|-------|---|
| | | | | 2 | 0 | 1 |
| JOUR | | | MOIS | | ANNEE | |

SIGNATURE DE L'ENQUETEUR/TRICE INDIQUANT L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--------------------------------|---|---------|--|---|--|--|--------|--|--|---------|--|--|
| 100 | Puis-je commencer l'interview? | OUI 1 NON 2 | → ARRET | | | | | | | | | | |
| 101 | HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW | <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="font-size: 10px;">:</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; 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 HOSPITALISATI 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 Prénatales (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 NSP998 | <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 procédure de stérilisation des équipements médicaux comme le speculum, pinces ou bien d'autres équipements métalliques. Stérilisez-vous les équipements métalliques dans cette structure? | OUI. 1 NON. 2 | → 210 |
| 201 | Est-ce que la stérilisation 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 médicaments (y compris les ARV), les vaccins ou des produits contraceptifs? | OUI. 1 NON. 2 | → 300 |
| 211 | VERIFIEZ Q102.04 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">FOURNITURE DE SERVICE DE PLANNING FAMILIAL (PF) <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">PAS DE FOURNITURE DE SERVICE DE PLANNING FAMILIAL (PF) <input type="checkbox"/></div> </div> | | → 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 | VERIFIEZ Q102.10 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">FOURNITURE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TBC) <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">PAS DE FOURNITURE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TBC) <input type="checkbox"/></div> </div> | | → 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 | VERIFIEZ Q102.12 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">FOURNITURE DE SERVICES DE TRAITEMENT ARV <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE TRAITEMENT ARV <input type="checkbox"/></div> </div> | | → 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 VU2 | |

COMMUNICATION

| | | | |
|-----|--|--|-------|
| 310 | Est-ce que cette structure a une ligne téléphonique fixe 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 émetteur-radio à ondes courtes pour les appels radio? | OUI. 1 NON 2 | → 319 |
| 317 | Puis-je voir l'émetteur-radio à ondes courtes? | OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2 | |
| 318 | Est-ce qu'il est peut être utilisé à tout moment? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE | OUI. 1 NON 2 | |
| 319 | Est-ce que cette structure dispose d'un ordinateur ? | 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 pendant au moins 2 heures ? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE. | OUI. 1 NON 2 | |

SOURCES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--------------------------|----|------------------------|----|---------------------------------|----|----------------------|----|---------------|----|-------------------|----|-----------------|----|---------------------|----|---------------|----|------------------|----|-----------------------------|----|-----------------------|----|---|----|---------------------|----|-----|----|--------------------------------|----|---|
| 330 | <p>Quelle est actuellement la source habituelle d'approvisionnement en eau pour 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 | <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 20px;">} → 332</div> <div style="margin-bottom: 20px;">} → 332</div> <div style="margin-bottom: 20px;">→ 332</div> <div>→ 340</div> </div> |
| 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 | } → 342 |
| 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 > 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 | → 344 | | |
| 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>SYSTÈME SOLAIRE</td><td style="text-align: right;">C</td></tr> </table> | GENERATEUR AVEC CARBURANT | A | GENERATEUR AVEC BATTERIE | B | SYSTÈME SOLAIRE | C | |
| GENERATEUR AVEC CARBURANT | A | | | | | | | | |
| GENERATEUR AVEC BATTERIE | B | | | | | | | | |
| SYSTÈME SOLAIRE | C | | | | | | | | |
| 344 | <p>VERIFIEZ Q343</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> GENERATEUR UTILISE (SOIT "A" OU "B" ENCERCLE) <input style="float: right; margin-left: 10px;" type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> GENERATEUR PAS UTILISE (NI "A" NI "B" ENCERCLE) <input style="float: right; margin-left: 10px;" type="checkbox"/> </td> </tr> </table> | | GENERATEUR UTILISE (SOIT "A" OU "B" ENCERCLE) <input style="float: right; margin-left: 10px;" type="checkbox"/> | GENERATEUR PAS UTILISE (NI "A" NI "B" ENCERCLE) <input style="float: right; margin-left: 10px;" type="checkbox"/> | → 350 | | | | |
| GENERATEUR UTILISE (SOIT "A" OU "B" ENCERCLE) <input style="float: right; margin-left: 10px;" type="checkbox"/> | GENERATEUR PAS UTILISE (NI "A" NI "B" ENCERCLE) <input style="float: right; margin-left: 10px;" type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 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 | } → 350 |
| 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 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 A HAUTE VOIX CHAQUE CATEGORIE DE REPONSE ET ENCERCLER LA REPONSE QUI S'APPLIQUE | OUI NON | |
| 01 | CARNET DE SANTE | 1 2 | |
| 02 | INSCRIPTION/ LISTE D'ENREGISTREMENT | 1 2 | |
| 03 | CONSULTATION..... | 1 2 | |
| 04 | MEDICAMENTS..... | 1 2 | |
| 05 | VACCINS | 1 2 | |
| 06 | PRODUITS CONTRACEPTIFS..... | 1 2 | |
| 07 | ACCOUCHEMENTS NORMAUX..... | 1 2 | |
| 08 | SERINGUES ET AIGUILLES..... | 1 2 | |
| 09 | CESARIENNE | 1 2 | |
| 10 | TEST DEPISTAGE VIH | 1 2 | |
| 11 | TEST DE DIAGNOSTIQUE RAPIDE DU PALUDISME | 1 2 | |
| 12 | MICROSCOPIE POUR LE PALUDISME | 1 2 | |
| 13 | AUTRES TESTS DE LABORATOIRE | 1 2 | |
| 14 | ARV POUR TRAITEMENT | 1 2 | |
| 15 | ARV POUR PTME..... | 1 2 | |
| 16 | PROCEDURES DE PETITE CHIRURGIE..... | 1 2 | |
| 363 | Est-ce que les tarifs officiels sont affichés ou mis bien en vue de telle sorte que le patient puisse facilement les voir? | OUI..... 1 NON..... 2 | → 365 |
| 364 | Puis-je voir l'endroit où les tarifs sont affichés? | OBSERVE, TOUS LES TARIFS AFFICHÉS 1 OBSERVE, CERTAINS, PAS TOUS LES 2 | |
| 365 | Quelle est la procédure appliquée si un patient ne peut pas payer un des frais médicaux en rapport avec les prestations de services fournies dans cette structure? ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR AVOIR LA REPONSE 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 SPECIFIER | |

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 autre personne est plus indiquée pour fournir des informations sur le financement, n'hésitez pas à l'inviter à venir nous rejoindre ou à me référer vers elle. ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR CHAQUE REPONSE. | MINISTERE DE LA SANTE..... A AUTRES MINISTERES..... B REGIME DE PROTECTION MEDICALE (ASSURANCE)..... C FONDS DE SECURITY SOCIALE..... D REMBOURSEMENT PAR L' EMPLOYEUR E ASSISTANCE DU GOUV AU SECTEUR P F 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 | <p>Veillez me dire SVP, combien de personnels il y a dans chacune des catégories professionnelles qui sont en service dans cette structure à temps plein ou à temps partiel et qui sont soit engagés par cette structure ou affectée 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.</p> | | | |
| | | (a) | (b) | |
| | CATEGORIES PROFESSIONNELLES | ENGAGE OU AFFECTE | TEMPS PARTIEL | |
| 01 | MEDECINS GENERALISTES | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 02 | CHURURGIES GENERALISTES | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 03 | MEDECINS SPECIALISTES [Y COMPRIS LES ANESTHESISTES, SPECIALISTES MEDICALES ET CHIRURGICALES, LES PATHOLOGISTES, CHIRURGIENS DENTISTES, ETC] | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 04 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN ADMINISTRATION | <input type="text"/> | | |
| 05 | TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE | <input type="text"/> | | |
| 06 | TECHNICIEN SUPERIEUR RADIOLOGIE | <input type="text"/> | | |
| 07 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REAMINATION | <input type="text"/> | | |
| 08 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN KINESITHERAPIE | <input type="text"/> | | |
| 09 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE | <input type="text"/> | | |
| 10 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE | <input type="text"/> | | |
| 11 | TECHNICIEN SUPERIEUR OPHTALMOLOGIE | <input type="text"/> | | |
| 12 | TECHNICIEN SUPERIEUR GENIE SANITAIRE | <input type="text"/> | | |
| 13 | INFIRMIER (E) D'ETAT | <input type="text"/> | | |
| 14 | INFIRMIER BREVETE / AGENT SANITAIRE | <input type="text"/> | | |
| 15 | ASSISTANT INFIRMIER | <input type="text"/> | | |
| 16 | SAGE FEMME D'ETAT | <input type="text"/> | | |
| 17 | PHARMACIEN | <input type="text"/> | | |
| 18 | PREPARATEURS EN PHARMACIE | <input type="text"/> | | |
| 19 | ASSISTAT EN PHARMACIE | <input type="text"/> | | |
| 20 | BIOLOGISTE | <input type="text"/> | | |
| 21 | TECHNICIEN DE LABORATOIRE | <input type="text"/> | | |
| 22 | TRAVAILLEURS SOCIAUX | <input type="text"/> | | |
| 23 | ASSISTANTS SOCIAUX | <input type="text"/> | | |
| 24 | AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE (MATRONE, RELAIS, AIDE-INFIRMIERS, PREVENTIONISTE, AGENT DE CROIX ROUGE, SECOURISTE, AIDE-SOIGNANT, DEPOSITAIRE) | <input type="text"/> | | |
| 25 | AUTRE | <input type="text"/> | | |
| | FAIRE LE TOTAL DU PERSONNEL ET VERIFIER SI LE TOTAL EST CORRECT. | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |

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 | OUI. 1 | |
|-----|--|-------------|--|

| | | | |
|-----|--|---|-------|
| | les opinions/suggestions des patients à propos de la structure elle-même ou de ses services? | NON 2 | →440 |
| 431 | <p>Veuillez me dire les méthodes qui sont utilisées pour connaître les opinions des patients.</p> <p>ENCERCLER TOUTES LES METHODES MENTIONNEES ET SONDER: PAS D'AUTRES METHODES?</p> | 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 | |

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 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| | | NSP. 9998 | | |
| 472 | Combien de consultations ont été effectuées en ambulatoire (patients non hospitalisés), dans cet établissement, au cours du dernier mois calendaire [MOIS], et aussi bien les adultes que les enfants? | # DE CONSULTATIONS | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| | | NSP. 9998 | | |
| REMERCEZ VOTRE REpondANT POUR LE TEMPS CONSACRE ET L'AIDE FOURNIE ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE 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 <input type="checkbox"/> (CODES 1 OU 2 EN CERCLÉS) | NON (CODE 3 EN CERCLE) <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 | 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 | BOUILLOIRE ELECTRIQUE OU CASSEROLE A VAPEUR/POISSONNIERE (PAS A PRESSION) | 1 → b | 2 → b | 3 5 ↓ | 1 | 2 | 8 |
| 05 | CASSEROLE NON ELECTRIQUE/ VAPEUR AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR (POISSONNIERE) | 1 → 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 NSP 998 | TEMPERATURE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 NSP 998 | | | |
| C Pression | PRESS- ION AUTOMATIQUE 666 → 1E NSP 998 → 1E | | | | |
| D Unités de pression | UNITES DE PRESSION: BAR 1 NSP 8 | | | | |
| E Quelle est la durée en minutes quand l'équipement n'est pas enveloppé dans un linge pour [METHODE]? | MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 PAS UTILISÉ 995 NSP 998 | MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 NSP 998 | MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 998 | MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 998 | MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 998 |
| F Quelle est la durée en minutes quand l'équipement est enveloppé dans un linge pour l'autoclave? | MINUTES ENVELOPPEES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTOMATIQUE 666 PAS UTILISÉ 995 NSP 998 | | | | |
| G Désinfectant chimique utilisé | | | | | CHLORE/EAU DE 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 finale 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>ATTENTION!</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 ENCERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE"</p> | <p>COMBUSTION DANS INCINERATEUR : FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) A 2 COMPARTIMENTS UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. 03</p> <p>COMBUSTION A CIEL OUVERT SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 04 DANS TROU OU SOL PROTEGE. 05</p> <p>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION 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>ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. 10 STOCKAGE DANS UN AUTRE ENVIRONNEMENT PROTEGE. 11 STOCKAGE NON PROTEGE 12</p> <p>AUTRE _____ 96 (SPECIFIER)</p> <p>IL N'Y A JAMAIS DE DECHETS D'OBJETS TRANCHANTS 95</p> | |
| 601 | <p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des déchets pour les déchets autres que les déchets tranchants, par exemple les pansements utilisés.</p> <p>Quelle est la méthode finale utilisée dans cette structure pour l'élimination des déchets médicaux autres que les boîtes d'objets tranchants?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p>ATTENTION!</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 ENCERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE"</p> | <p>MEME METHODE QUE POUR LES OBJETS TRANCHANTS</p> <p>COMBUSTION DANS UN INCINERATEUR: FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) A 2 COMPARTIMENTS UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. 03</p> <p>COMBUSTION A CIEL OUVERT SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 04 DANS TROU OU SOL PROTEGE. 05</p> <p>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION 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>ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. 10 STOCKAGE DANS UN ENVIRONNEMENT PROTEGE. 11 STOCKAGE NON PROTEGE. 12</p> <p>AUTRE _____ 96 (SPECIFIER)</p> <p>IL N'Y A JAMAIS D'AUTRES DECHETS MEDICAUX. 95</p> | |
| 602 | <p>VERIFIEZ Q600 ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/> OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE (TOUT CODE AUTRE QUE "95" ENCERCLE) ↓</p> | <p>PAS D'ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/> NI ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE (CODE "95" ENCERCLE) →</p> | 604 |
| 603 | <p>DEMANDER A VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA STRUCTURE POUR L'ELIMINATION DES DECHETS TRANCHANTS ET INDICER 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, NON PROTEGE 3 DECHARGE PAS INSPECTEE 8</p> | |
| 604 | <p>VERIFIEZ Q601. ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/> OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE (TOUT CODE AUTRE QUE "95" ENCERCLE) ↓</p> | <p>PAS D'ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/> NI ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE (CODE "95" ENCERCLE) →</p> | 606 |
| 605 | <p>DEMANDER A VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA STRUCTURE POUR L'ELIMINATION DES DECHETS MEDICAUX ET INDICER 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, NON PROTEGE 3 DECHARGE PAS INSPECTEE 8</p> | |

| | | | |
|-----|---|--|-------|
| 606 | VERIFIEZ Q600 ET Q601 UTILISATION D' INCINERATEUR (SOIT "2"OU "3" ENCERCLE) <input type="checkbox"/> | INCINERATEUR NON UTULISE (NI "2" NI "3"ENCERCLE) <input type="checkbox"/> | → 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/ 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 MATERIELS ET EQUIPEMENT UTILISES POUR LA FOURNITURE DE SERVICES AUX PATIENTS. VOUS VOUDRIEZ VOIR SI CES MATERIELS ET EQUIPEMENTS SONT DISPOIBLE DANS LE SERVICE PRINCIPAL DE CONSULTATION EXTERNE. SI VOUS N'ETES PAS DANS CE SERVICE, DEMANDEZ A Y ETRE CONDUIT.

MATERIELS ET EQUIPEMENTS DE BASE

| 700 | Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles aujourd'hui dans le principal service de consultation externe et s'ils sont fonctionnels. DEMANDER A VOIR LE MATERIEL DE CONSULTATION EXTERNE. | (A) DISPONIBLE | | | (B) FONCTIONNEL | | |
|-----|--|----------------|-----------------|----------------|-----------------|-----|-----|
| | | OBSERVÉ | RAPPORTÉ PAS VU | PAS DISPONIBLE | OUI | NON | NSP |
| 01 | 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 | VERIFIEZ Q102.17 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.

HEMATOLOGIE

| | | | | | | | | | |
|-----|--|-----------------------|--|---------|------------------|---|-------|-----|-----|
| 801 | Est-ce qu'on fait des test d'anémie ici-même dans la structure? | OUI1 | NON2 | → 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 ↘ 02 ↙ | | 1 → c | 2 → c | 3 ↘ 02 ↙ | 1 | 2 | 8 |
| 02 | HemoCues | 1 → b 2 ↘ 02A ↙ | | 1 → c | 2 → c | 3 ↘ 02A ↙ | 1 | 2 | 8 |
| 02A | Test d'Emmel (pour drepanocytose) | 1 → b 2 ↘ 02B ↙ | | 1 → c | 2 → c | 3 ↘ 02B ↙ | 1 | 2 | 8 |
| 02B | Appareil d'électrophorese (pour l'électrophorese d'hémoglobine) | 1 → b 2 ↘ 04 ↙ | | 1 → c | 2 → c | 3 ↘ 04 ↙ | 1 | 2 | 8 |
| 03 | Microcuvettes (avec une date d'expiration valide) | | | 1 | 2 | 3 | | | |
| 04 | Colorimètre ou hemoglobinomètre | 1 → b 2 ↘ 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 2 ↘ 07 ↙ | | 1 | 2 | 3 | | | |
| 07 | Papier litmus pour test d'hémoglobine (avec date d'expiration valide) | 1 → b 2 ↘ 803 ↙ | | 1 | 2 | 3 | | | |
| 803 | Est-ce qu'on fait le comptage des CD4 dans cette structure? | | | | OUI1 | NON2 | → 806 | | |
| 804 | Puis-je voir l'équipement ou la machine pour le test CD4 ? | | | | OBSERVÉ1 | RAPPORTÉ, PAS VU2 | | | |
| 805 | Est-ce que l'équipement pour le test CD4 est fonctionnel | | | | OUI1 | NON2 | | | |

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 | (a) TEST FAIT | (b) EST-CE QUE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBILITE? | | | (c) EST-CE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL? | | | |
| | | OUI | NON | OBSERVÉ | RAPPORTÉ, PAS VU | PAS DISPONIBLE | OUI | NON | NSP |
| | | 1 → b | 2] 02 ← | 1 → c | 2 → c | 3] 02 ← | 1 | 2 | 8 |
| | | 1 → b | 2] 03 ← | 1 → c | 2 → c | 3] 03 ← | 1 | 2 | 8 |
| | | 1 → b | 2] 04 ← | 1 → c | 2 → c | 3] 04 ← | 1 | 2 | 8 |
| | | 1 → b | 2] 05 ← | 1 | 2 | 3 | | | |
| | | 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"/> <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? | OUI1 NON2 | | → 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) | (b) | (c) | | |
| | | UTILISÉ | EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE? | EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL? | | |
| | | OUI NON | OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU PAS DISPONIBLE | OUI NON NSP | | |
| 01 | Glucose | 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 analyses de la fonction hépatique (tels que l'ALAT & l'ASAT) ou des analyses de la fonction rénale (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 sang ou d'urine en dehors de la structure pour des analyses biochimiques du sang, les tests de fonctions hépatiques (TFH) des analyses d'urines, ou des tests de grossesse? | OUI 1 NON 2 | | → 840 | | |
| 839 | INDIQUER S'IL Y A UN DOCUMENT OBSERVÉ, CONTENANT LES RESULTATS DES TESTS EFFECTUES EN DEHORS DE LA STRUCTURE | (A) PRELEVEMENT ENVOYÉ HORS DE LA STRUCTURE | | (B) DOCUMENT DES RESULTATS DES TESTS OBSERVÉ | | |
| | | OUI | NON | OUI | NON | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 01 | Analyses biochimiques du sang (par exple sucre, sodium, potassium etc.) | 1 → b 2] 02← | 1 2 | | | |
| 02 | Test des fonctions 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 EQUIPEMENTS suivants sont utilisés dans cette structure b) sont disponible, et c) Les équipements sont fonctionnels | (a) | | (b) | | | (c) | | |
|-----|--|--------------------------------------|--------------|---|------------------|----------------------------|--|-------|-----|
| | | EQUIPEMENT TEST UTILISÉ POUR LE TEST | | EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS SONT DISPONIBLE? | | | EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL? | | |
| | | OUI | NON | OBSERVÉ | RAPPORTÉ, PAS VU | PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | OUI | NON | NSP |
| 01 | MICROSCOPE OPTIQUE | 1 → b | 2 ↵ 02 ↵ | 1 → c | 2 → c | 3 ↵ 02 ↵ | 1 | 2 | 8 |
| 02 | MICROSCOPE ELECTRONIQUE | 1 → b | 2 ↵ 03 ↵ | 1 → c | 2 → c | 3 ↵ 03 ↵ | 1 | 2 | 8 |
| 03 | REFRIGERATEUR DANS LE LABORAT | 1 → b | 2 ↵ 04 ↵ | 1 → c | 2 → c | 3 ↵ 04 ↵ | 1 | 2 | 8 |
| 04 | INCUBATEUR | 1 → b | 2 ↵ 05 ↵ | 1 → c | 2 → c | 3 ↵ 05 ↵ | 1 | 2 | 8 |
| 05 | TUBES A ESSAI / EPROUVETTES | 1 → b | 2 ↵ 06 ↵ | 1 | 2 | 3 | | | |
| 06 | CENTRIFUGEUSE POUR LA MICROBIOLOGIE CSF | 1 → b | 2 ↵ 07 ↵ | 1 → c | 2 → c | 3 ↵ 7 ↵ | 1 | 2 | 8 |
| 07 | MILIEU DE CULTURE CELLULAIRE | 1 → b | 2 ↵ 08 ↵ | 1 | 2 | 3 | | | |
| 08 | LAME PORTE-OBJETS ET LAMELLES COUVRE-OBJETS | 1 → b | 2 ↵ 841 ↵ | 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 _____ | 8 | | | | |
| | | | | 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 | ▶ 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 TEST UTILISÉ POUR LE TEST | | EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS SONT DISPONIBLE? | | | | | |
| | | OUI | NON | OBSERVÉ | RAPPORTÉ, PAS VU | PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | | | |
| 01 | COLORANT DE GIEMSA | 1 → b | 2 ↵ 02 ↵ | 1 | 2 | 3 | | | |
| 02 | COLORANT DE CHAMP | 1 → b | 2 ↵ 03 ↵ | 1 | 2 | 3 | | | |
| 03 | COLORANT ACRIDINE ORANGE | 1 → b | 2 ↵ 03A ↵ | 1 | 2 | 3 | | | |
| 03A | COLORANT MAY GRUMWALD | 1 → b | 2 ↵ 848 ↵ | 1 | 2 | 3 | | | |

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

SYPHILIS

| | | | | |
|-----|--|--|---|--|
| 854 | Est-ce qu'on fait ici un quelconque test sur la syphilis , c'est-à-dire dans la structure? | OUI..... NON..... | 1 2 | → 859 |
| 855 | Est-ce que dans ce service, on utilise le TDR de la syphilis pour faire le diagnostic de la syphilis? | OUI..... NON..... | 1 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..... OBSERVÉ, AUCUN VALIDE..... RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... | 1 2 3 | |
| 857 | En plus de TDR de la syphilis, est-ce cette structure fait d'autres tests quelconques sur la syphilis? | OUI..... NON..... | 1 2 | → 859 |
| 858 | Veuillez SVP me dire si: a) L'un des tests ou équipements suivants sur la syphilis est utilisé dans la structure b) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles c) L'équipement est fonctionnel | (a) TEST FAIT OUI NON | (b) EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE? OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU PAS DISPONIBLE | (c) EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL ? OUI NON NSP |
| 01 | VDRL | 1 → b 2] 02 ← | 1 2 3 | |
| 02 | PCR pour ISTs (CTN) | 1 → b 2] 03 ← | 1 2 3 | |
| 03 | Rotateur | | 1 → c 2 → c 3] 04 ← | 1 2 3 |
| 04 | RPR (Rapid plasma reagin test) | 1 → b 2] 04A ← | 1 2 3] 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..... NON..... | 1 2 | → 861 |
| 860 | Veuillez SVP me dire si: a) L'un des tests ou équipements suivants sur le Chlamydia est utilisé dans la structure b) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles | (a) TEST FAIT OUI NON | (b) EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE? OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU PAS DISPONIBLE | |
| 01 | Coloration de Geimsa | 1 → b 2] 02 ← | 1 2 3 | |
| 02 | PCR pour CHLAMYDIA | 1 → b 2] 861 ← | 1 2 3 | |

TUBERCULOSE

| | | | | |
|-----|---|--|---|---------------------------------------|
| 861 | Est-ce qu'on fait des tests sur la TBC dans cette structure? | OUI. 1 NON. 2 | → 865 | |
| 862 | Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests ou équipements suivants sur la TBC est utilisé dans la structure 2) Tous les éléments nécessaires pour les tests sont disponibles. 3) Les équipements sont fonctionnels | (a) | (b) | (c) |
| | | EQUIPEMENT TEST UTILISÉ POUR LE TEST | EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS SONT DISPONIBLES? | EST-CE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL ? |
| | | OUI NON | OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | OUI NON NSP |
| 01 | Test de Ziehl-Neelson pour BAAR (bacilles acido-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? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN TDR EST VALIDE | OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3 | | |
| 865 | Est-ce qu'il a dans ce service des crachoirs pour collecter des échantillons de crachat? | OUI. 1 NON. 2 | → 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 | Est-ce qu'on fait des diagnostics par radiographie, par les ultrasons ou par tomodensitométrie/tomographie avec ordinateur? SI OUI, DEMANDER A ALLER LÀ OÙ SE TROUVENT LES EQUIPEMENTS ET POSER DES QUESTIONS A LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CE SUJET. | OUI 1 NON 2 <p style="text-align: center;">ALLER A LA SECTION SUIVANTE ←</p> | | | | | |
| 881 | Veuillez SVP me dire : 1) Si l'un des équipements suivants pour la radiographie est utilisé dans cette structure, s'il est disponible aujourd'hui, et 2) S'il est fonctionnel aujourd'hui | (b) EQUIPEMENT UTILISÉ ET DISPONIBLE? | | (c) EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL? | | | |
| | | OBSERVÉ | RAPPORTÉ, PAS VU | PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | OUI | NON | NSP |
| 01 | APPAREIL DE RADIOGRAPHIE | 1 → c | 2 → c | 3 } 02 ← | 1 | 2 | 8 |
| 02 | FILM POUR RADIOGRAPHIE NON PERIME | 1 → c | 2 → c | 3 } 03 ← | 1 | 2 | 8 |
| 03 | MACHINE/SYSTÈME A ULTRASON | 1 → c | 2 → c | 3 } 04 ← | 1 | 2 | 8 |
| 04 | CT SCAN (TOMODENSITOMETRE) | 1 → c | 2 → c | 3 } ALLER A LA SECTION SUIVANTE ← | 1 } ← | 2 } ← | 8 } ← |
| ALLER A LA SECTION SUIVANTE | | | | | | | |
| 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

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

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 antibiotiques suivants sont disponibles aujourd'hui dans cette structure de santé? | (A) OBSERVÉ DISPONIBLE | | (B) NON OBSERVÉ | | |
|-----|--|------------------------|-------------------------|----------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| | | AU MOINS UN VALIDE | DISPONIBLE AUCUN VALIDE | RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU | NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE |
| 01 | AMOXICILLINE COMPRIME/CAPSULE (Infections bactériennes chez les adultes) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 02 | AMOXICILLINE SIROP/SUSPENSION (Antibiotique oral pour enfant) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 03 | 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/amicide/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 infestations vermineuses 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 |
| 01 | ALBENDAZOLE | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 02 | MEBENDAZOLE | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

MEDICAMENTS CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

| 903 | Est-ce que les médicaments suivants, destinés à la prise en charge des maladies non transmissibles sont disponibles aujourd'hui dans la structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME) | (A) OBSERVÉ DISPONIBLE | | (B) NON OBSERVÉ | | |
|-----|--|------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| | | AU MOINS UN VALIDE | DISPONIBLE AUCUN VALIDE | RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU | NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE |
| 01 | AMITRIPTYLINE (Dépression) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 02 | AMLODIPINE COMPRIMES (Inhibiteur calcique pour hypertension) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 03 | 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 médicaments anti-fongiques suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure? | (A) OBSERVÉ DISPONIBLE | | (B) NON OBSERVÉ | | |
|-----|---|------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| | | AU MOINS UN VALIDE | DISPONIBLE AUCUN VALIDE | RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU | NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE |
| | VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME) | | | | | |
| 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 médicaments suivants contre le paludisme sont disponibles aujourd'hui dans la structure? | (A) OBSERVÉ DISPONIBLE | | (B) NON OBSERVÉ | | |
|-----|--|------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| | | AU MOINS UN VALIDE | DISPONIBLE AUCUN VALIDE | RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU | NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE |
| | VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIMÉ) | | | | | |
| 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 SUPPOSITORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | AUTRE MEDICAMENT CONTRE LE PALUDISME | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

| 906 | Est-ce que les médicaments pour la santé maternelle suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure? | (A) OBSERVÉ DISPONIBLE | | (B) NON OBSERVÉ | | |
|-----|---|------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| | | AU MOINS UN VALIDE | DISPONIBLE AUCUN VALIDE | RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU | NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE |
| | VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ) | | | | | |
| 01 | CALCIUM GLUCONATE INJECTION | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 02 | ACIDE FOLIQUE COMPRIMES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 03 | COMPRIMES DE FER | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 04 | COMPRIMES COMBINES FER + ACIDE FOLIQUE | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 05 | MAGNESIUM SUPHATE INJECTION | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 06 | MISOPROSTOL COMPRIMES/CAPSULES | 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 | RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU | NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | 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 AUTRES médicaments 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 | RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU | NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE |
| 01 | DICLOFENAC COMPRIMES (Médicament oral pour forte douleur) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 02 | 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 | VERIFIEZ Q212 PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ) | PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS LE SERVICE DE PF OU PAS STOCKÉS DU TOUT DANS CETTE STRUCTURE (REPOSE 1 OU 3 ENCERCLÉ) ALLER A LA SECTION SUIVANTE ← | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|---------------------------------|-----------------------|-----------------|--|--|--------------------|-------------------------|----------------------------|---------------------------------|-----------------------|----|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|
| 921 | Est-ce que les PRODUITS CONTRACEPTIFS suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ) | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">(A) OBSERVÉ DISPONIBLE</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">(B) NON OBSERVÉ</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">AU MOINS UN VALIDE</th> <th style="text-align: center;">DISPONIBLE AUCUN VALIDE</th> <th style="text-align: center;">RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU</th> <th style="text-align: center;">NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI</th> <th style="text-align: center;">JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">02</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">03</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">04</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">05</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">06</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">07</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">08</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">09</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table> | (A) OBSERVÉ DISPONIBLE | | (B) NON OBSERVÉ | | | AU MOINS UN VALIDE | DISPONIBLE AUCUN VALIDE | RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU | NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE | 01 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 02 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 03 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 04 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 05 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 06 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 07 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 08 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 09 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (A) OBSERVÉ DISPONIBLE | | (B) NON OBSERVÉ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AU MOINS UN VALIDE | DISPONIBLE AUCUN VALIDE | RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU | NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CONDITIONS DE STOCKAGE DES PRODUITS CONTRACEPTIFS

| | | | |
|-----|--|---|-----|
| 922 | OBSERVER L'ENDROIT OU LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT STOCKES ET INDICHER 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 PRESEMENTEM LIEU DANS LA PHARMACIE ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT. ← | L'INTERVIEW A PRESEMENTEM LIEU DANS LE SERVICE DE PF REMERCEZ VOTRE REpondant DANS LE SERVICE DE PF ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT. ← | |

SECTION 9.3: MEDICAMENTS ANTI-TUBERCULEUX

| 930 | VERIFIEZ Q214 ANTITUBERCULEUX STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/> | ANTITUBERCULEUX STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS 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? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ) | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">(A) OBSERVÉ DISPONIBLE</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">(B) NON OBSERVÉ</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">AU MOINS UN VALIDE</th> <th style="text-align: center;">DISPONIBLE AUCUN VALIDE</th> <th style="text-align: center;">RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU</th> <th style="text-align: center;">NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI</th> <th style="text-align: center;">JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE</th> </tr> </table> | (A) OBSERVÉ DISPONIBLE | | (B) NON OBSERVÉ | | | AU MOINS UN VALIDE | DISPONIBLE AUCUN VALIDE | RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU | NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE |
| (A) OBSERVÉ DISPONIBLE | | (B) NON OBSERVÉ | | | | | | | | | | |
| AU MOINS UN VALIDE | DISPONIBLE AUCUN VALIDE | RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU | NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE | | | | | | | | |
| 01 | ETHAMBUTOL COMPRIMES | 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 PIÈCE 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"/> ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT. ← | L' INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LE SERVICE DE TBC <input type="checkbox"/> REMERCEZ VOTRE REpondant DANS LE SERVICE DE TBC ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT. ← | |

SECTION 9.4: MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX

| | | | | | | | | |
|-----|--|--|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|-----------------------|---|---|
| 940 | VERIFIEZ Q216 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 (REPONSE 1 OU 3 ENCERCLÉ) ALLER A LA SECTION SUIVANTE | | | | | | |
| 941 | Est-ce que les ARV suivants, du type inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI) sont disponibles aujourd'hui dans cette structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ) | (A) OBSERVÉ DISPONIBLE | | (B) NON OBSERVÉ | | | | |
| | | AU MOINS UN VALIDE | DISPONIBLE AUCUN VALIDE | RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU | NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE | | |
| | | 01 | 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 inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) 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 | RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU | NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE | | |
| | | 01 | NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | 02 | NEVIRAPINE (NVP) SIROP | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | 03 | EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES/CAPSULES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | 04 | EFAVIRENZ (EFV) SIROP | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 05 | DELAVIRDINE (DLV) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |

| 943 | Est-ce que les ARV suivants, du type inhibiteur de la protéase sont disponibles aujourd'hui dans cette structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ) | (A) OBSERVÉ DISPONIBLE | | (B) NON OBSERVÉ | | |
|-----|---|------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| | | AU MOINS UN VALIDE | DISPONIBLE AUCUN VALIDE | RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU | NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE |
| 01 | 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 | FOSAMPRENAVIR (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 Inhibiteur de Fusion ou ARV Combinés sont disponibles aujourd'hui dans la structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ) | (A) OBSERVÉ DISPONIBLE | | (B) NON OBSERVÉ | | |
| | | AU MOINS UN VALIDE | DISPONIBLE AUCUN VALIDE | RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU | NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE |
| 01 | 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 OBSERVÉ AUTRE SYSTÈME _____ | SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT 1 FICHES DE STOCK MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT. 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE DES ARV DISTRIBUÉS. 3 FICHE DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UNE FICHE POUR LES ARV DISTRIBUÉS. 4 AUTRE SYSTÈME _____ 6 (SPECIFIER) | |
| 948 | L' INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LA PHARMACIE ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT. ← | L'INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LE SERVICE DE ARV REMERCEZ VOTRE REpondant DANS LE SERVICE DE ARV ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT. ← | |

MODULE 3: DISPONIBILITE DES SERVICES SPECIFIQUES

SERVICES DE SANTE INFANTILE

SECTION 10: VACCINATION DES ENFANTS

| | | | |
|--|--|---|---|
| 1000 | VERIFIEZ Q102.01 SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS DISPONIBLE | PAS DE SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS 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. | | |
| | SERVICE DE VACCINATION INFANTILE (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 PAS VU 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 RAVITAILLÉ AILLEURS. 2 | → 1014 | | | | |
| 1008 | DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ LES VACCINS SONT CONSERVÉS. DEMANDER A VOIR LE REFRIGERATEUR OU LA GLACIÈRE. | REFRIGERATEUR OBSERVÉ. 1 REFRIGERATEUR PAS OBSERVÉ. 2 | → 1014 | | | | |
| 1008A | INDIQUEZ LE TYPE DE REFRIGERATEUR OBSERVÉ. | IG 50 1 TSW 3000 2 TSW 2000 3 AUTRES 4 | | | | | |
| 1009 | Avez-vous une feuille de température (un graphique de suivi la chaîne de froid)? | OUI 1 NON 2 | → 1012 | | | | |
| 1010 | Puis-je voir la feuille de température? | 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. SI C'EST DISPONIBLE, VERIFIER SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ) | (A) OBSERVÉ DISPONIBLE | (B) NON OBSERVÉ | | | | |
| | | DISPONIBLE AUCUN VALIDE | RAPPORTÉ / PAS DISPONIBLE JAMAIS ÉTÉ 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 REPONSE 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 REPONSES 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> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>INFORMATIONS GENERALES.....</td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>SOINS INFANTILES.....</td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td>PLANNING FAMILIAL.....</td> <td style="text-align: right;">14</td> </tr> <tr> <td>CPN.....</td> <td style="text-align: right;">15</td> </tr> <tr> <td>PTME.....</td> <td style="text-align: right;">16</td> </tr> <tr> <td>MATERNITE.....</td> <td style="text-align: right;">17</td> </tr> <tr> <td>SERVICES IST.....</td> <td style="text-align: right;">18</td> </tr> <tr> <td>TUBERCULOSE.....</td> <td style="text-align: right;">19</td> </tr> <tr> <td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....</td> <td style="text-align: right;">21</td> </tr> <tr> <td>MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....</td> <td style="text-align: right;">22</td> </tr> <tr> <td>PETITE CHIRURGIE.....</td> <td style="text-align: right;">23</td> </tr> <tr> <td>PAS VISITE AVANT.....</td> <td style="text-align: right;">31</td> </tr> </table> | 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 | <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">SECTION SUIVANTE/SERVICE</div> |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1051 | PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS. | OBSERVÉ | RAPPORTÉ PAS VU | PAS DISPONIBLE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01 | EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL / DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE | 1 06 ↙ | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT(OPCT) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ANTISEPTIQUE | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | MASQUES | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | BLOUSES | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION] | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1052 | <p>DECRIRE LE CADRE DES SERVICES DE VACCINATION DES ENFANTS.</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>SALLE SEPARÉE.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>PAS D'INTIMITÉ.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> </table> | SALLE SEPARÉE..... | 1 | AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... | 2 | INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT..... | 3 | PAS D'INTIMITÉ..... | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SALLE SEPARÉE..... | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT..... | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAS D'INTIMITÉ..... | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| | | | |
|------|--|---|--|
| 1100 | VERIFIEZ Q102.02 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 FOU DANS LA COMMUNAUTE | | | | |
| 01 | Suivi de la croissance de l'enfant | # DE JOURS 00=PAS DE SERVICES | # DE JOURS 00=PAS DE SERVICES | | | | |
| 1102 | Est-ce que les directives pour le suivi de la croissance de l'enfant sont disponibles aujourd'hui dans ce service? | OUI NON..... | 1 2 → 1104 | | | | |
| 1103 | Puis-je les voir? | OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU..... | 1 2 | | | | |
| 1104 | Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir. | (A) DISPONIBLE | | | (B) FONCTIONNEL | | |
| | | OBSERVÉ | RAPPORTÉ PAS VU | PAS DISPONIBLE | OUI | NON | NSP |
| 01 | 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 | | | |

SECTION 12: SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES

| | | |
|------|--|---|
| 1200 | VERIFIEZ Q102.03 SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/> | PAS DE SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/> SECTION/SERVICE SUIVANT(E) <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"/> <input type="text"/> | # DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| 1202 | Veuillez me dire si les prestataires en services de santé infantile, délivrent les services suivants | OUI | NON | | |
| 01 | DIAGNOSTIQUER ET/OU TRAITER LA MALNUTRITION INFANTILE | 1 | 2 | | |
| 02 | DONNER LA VITAMINE A | 1 | 2 | | |
| 03 | DONNER LA SUPPLEMENTATION EN FER | 1 | 2 | | |
| 04 | DONNER LA SUPPLEMENTATION EN ZINC | 1 | 2 | | |
| 1203 | Est-ce que les prestataires de services aux enfants malades suivent les 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 directives de la PCIME pour le diagnostic et la gestion des maladies infantiles, sont disponibles aujourd'hui dans ce service? | OUI 1 NON 2 → 1206 | | | |
| 1205 | Puis-je les voir? | OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2 → 1208 | | | |
| 1206 | Est-ce que d'autres 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 ACTIVITES 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 : | ACTIVITÉ OBSERVÉE | ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE | ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACON SYSTEMATIQU | NSP |
| 01 | Pesée de l'enfant | 1 | 2 | 3 | 8 |
| 02 | Inscription du poids de l'enfant sur un diagramme | 1 | 2 | 3 | 8 |
| 03 | Prise de la température de l'enfant | 1 | 2 | 3 | 8 |
| 04 | Evaluation du statut vaccinal de l'enfant | 1 | 2 | 3 | 8 |
| 05 | Dispensation de conseils sur la santé | 1 | 2 | 3 | 8 |
| 06 | Administration de médicaments et/ou passer un linge mouillé pour réduire la température | 1 | 2 | 3 | 8 |

| 07 | Triage des enfants malades, c'est-à-dire donner priorité aux enfants les plus gravement malades | 1 | 2 | 3 | 8 | | |
|------|---|--------------------------|-----------------|----------------|-----------------|-----|-----|
| 1210 | Je voudrais savoir si les éléments suivant existent dans ce service et sont fonctionnels. Je voudrais les voir. | (A) DISPONIBLE | | | (B) FONCTIONNEL | | |
| | | OBSERVÉ | RAPPORTÉ PAS VU | PAS DISPONIBLE | OUI | NON | NSP |
| 01 | PESE-PERSONNE POUR 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> | 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 | SECTION SUIVANTE/SERVICE | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 1251 | PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS. | OBSERVÉ | RAPPORTÉ PAS VU | PAS DISPONIBLE | | | | | | | | |
| 01 | EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 02 | SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 03 | LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 04 | POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE | 1 06 ↙ | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 05 | AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 06 | BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 07 | GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 08 | DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUE | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 09 | SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 10 | MASQUES | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 11 | BLOUSES | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 12 | PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION] | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 13 | NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| 1052 | DECRIBE LE CADRE DES SERVICES DES SOINS AUX ENFANTS MALADES <table border="1" style="float: right; margin-top: 10px;"> <tr> <td>SALLE SEPARÉE.</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>PAS D'INTIMITÉ.</td> <td>4</td> </tr> </table> | SALLE SEPARÉE. | 1 | AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE. | 2 | INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT. | 3 | PAS D'INTIMITÉ. | 4 | | | |
| SALLE SEPARÉE. | 1 | | | | | | | | | | | |
| AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE. | 2 | | | | | | | | | | | |
| INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT. | 3 | | | | | | | | | | | |
| PAS D'INTIMITÉ. | 4 | | | | | | | | | | | |
| REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT. | | | | | | | | | | | | |

SECTION 13: PLANIFICATION FAMILIALE

| | | | |
|------|-------------------------|--|---|
| 1300 | VERIFIEZ Q102.04 | FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> | PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> |
| | | ↓ | ← |
| | | | SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT |

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON FOURNIT LES SERVICES DE PF DANS 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 style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | | |
| 1302 | Est-ce que cette structure fournit (c'est-à-dire, stocke les produits ou bien prescrit, conseille ou réfère les clientes pour l'usage des méthodes suivantes de PF: | FOURNIT (STOCKE LE PRODUIT) | PRESCRIT/ CONSEILLE, OU REFERE | NON |
| 01 | PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES) | 1 | 2 | 3 |
| 02 | PILULES PROGESTATIVES | 1 | 2 | 3 |
| 03 | CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS) | 1 | 2 | 3 |
| 04 | CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS | 1 | 2 | 3 |
| 05 | CONDOMS MASCULINS | 1 | 2 | 3 |
| 06 | CONDOMS FEMININS | 1 | 2 | 3 |
| 07 | DISPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU) | 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 DIAGHRAGME) | 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 SYSTEMATIQUE | NSP |
| 01 | Pesée des clientes | 1 | 2 | 3 | 8 |
| 02 | Prise de la tension | 1 | 2 | 3 | 8 |
| 03 | Organisation sessions d'éducation de groupes sur la santé | 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? | DIAGNOSTIQUENT/TRAIENT SYSTEMAT IST... 1 REFERENT AILLEURS DANS LA STRUCTURE... 2 REFERENT HORS DE LA STRUCTURE..... 3 PAS DE DIAGNOSTIC/TRAIEMENT/REFERENCE 4 | | | |
| 1312 | Est-ce que les prestataires en PF font des tests de dépistage du VIH dans ce service? | OUI..... 1 NON..... 2 | → 1314 | | |
| 1313 | Puis-je voir un exemplaire du kit de test de depistage 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 | VERIFIEZ Q1302.07 & Q1302.08. 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 | VERIFIEZ Q1302.07 DIU <input type="checkbox"/> PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE | DIU PAS <input type="checkbox"/> PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE | 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 | VERIFIEZ Q1302.08. IMPLANT <input type="checkbox"/> PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE | IMPLANT PAS <input type="checkbox"/> PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE | 1321 | |
| 1320 | Veuillez me montrer les éléments suivants pour la pose/retrait de l'implant. | OBSERVÉ | RAPPORTÉ PAS VU | PAS DISPONIBLE |
| 01 | ANESTHESANT LOCAL | 1 | 2 | 3 |
| 02 | SERINGUES ET AIGUILLES STERILES | 1 | 2 | 3 |
| 03 | TROCART POUR INSERER L'IMPLANT | 1 | 2 | 3 |
| 04 | PAQUET D'IMPLANT SCELLÉ | 1 | 2 | 3 |
| 05 | BISTOURI | 1 | 2 | 3 |
| 06 | KIT DE PETITE CHIRURGIE [CONTENANT: PINCE U/PINCE A DISSEQUER, CUPULE, CHAMP STERILE TROUÉ 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 | |
| 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 | SECTION SUIVANTE/SERVICE |
| | | 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 | PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES | OBSERVÉ | RAPPORTÉ PAS VU | |
| 01 | EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET , OU UN PICHET) | 1 | 2 | 3 |
| 02 | SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE) | 1 | 2 | 3 |
| 03 | LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE | 1 | 2 | 3 |
| 04 | POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE | 1 06 ↙ | 2 | 3 |
| 05 | AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR) | 1 | 2 | 3 |
| 06 | BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT) | 1 | 2 | 3 |
| 07 | GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES) | 1 | 2 | 3 |
| 08 | DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL] / ANTISEPTIQUE | 1 | 2 | 3 |
| 09 | SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES | 1 | 2 | 3 |
| 10 | MASQUES | 1 | 2 | 3 |
| 11 | BLOUSES | 1 | 2 | 3 |
| 12 | PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION] | 1 | 2 | 3 |
| 13 | NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE | 1 | 2 | 3 |
| 1352 | DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE DES SERVICES DE PF | SALLE SEPARÉE. | 1 | |
| | | AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE. | 2 | |
| | | INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT | 3 | |
| | | PAS D'INTIMITÉ. | 4 | |
| 1353 | VERIFIEZ Q212 CONTRACEPTIFS PAS STOCKÉS OU STOCKÉS AILLEURS (REPONSE 1 PAS ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/> | PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS SERVICE DE PF (REPONSE 1 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/> | | 921 |
| REMERCIEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT. | | | | |

SECTION 14: CONSULTATIONS PRENATALES

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

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

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

| 1407 | Comme partie intégrante des CPN, veuillez me dire si les prestataires fournissent les services suivants aux patientes en CPN | OUI | NON |
|------|---|--|--------|
| 01 | CONSEILS SUR LA NECESSITE DE FAIRE 4 CPN POUR CHAQUE GROSSESSE | 1 | 2 |
| 02 | CONSEILS SUR LA PREPARATION DE L'ACCOUCHEMENT (PLAN D'ACCOUCHEMENT) | 1 | 2 |
| 03 | CONSEILS SUR LE PLANNING FAMILIAL | 1 | 2 |
| 04 | CONSEILS SUR LE VIH/SIDA | 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 SYSTEMATIQUE | NSP |
| 01 | Pesée des clientes | 1 | 2 | 3 | 8 |
| 02 | Prise de la tension | 1 | 2 | 3 | 8 |
| 03 | Organisation de sessions d'éducation de groupe | 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 | DISPONIBLE NON VALIDE | RAPPORTEE PAS VU | NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE | |
| 01 | COMPRIMÉS DE FER | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 02 | COMPRIMÉS D'ACIDE FOLIQUE | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 03 | COMPRIMÉS COMBINÉS DE FER ET D'ACIDE FOLIQUE | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 04 | SP / FANSIDARPOUR TRAITEMENT ITTERRMITTENT 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 VISITE, INDIQUER LE SERVICE OÙ LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES. | INFORMATIONS GENERALES | 11 | SECTION SUIVANTE/SERVICE |
| | | 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 | PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES | OBSERVÉ | RAPPORTÉ PAS VU | |
| 01 | EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET) | 1 | 2 | 3 |
| 02 | SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE) | 1 | 2 | 3 |
| 03 | LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL / DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE | 1 | 2 | 3 |
| 04 | POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE | 1 06 ↙ | 2 | 3 |
| 05 | AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR) | 1 | 2 | 3 |
| 06 | BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE") / OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT) | 1 | 2 | 3 |
| 07 | GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES) | 1 | 2 | 3 |
| 08 | DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL] / ANTISEPTIQUES | 1 | 2 | 3 |
| 09 | SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES | 1 | 2 | 3 |
| 10 | MASQUES MEDICAUX | 1 | 2 | 3 |
| 11 | BLOUSES | 1 | 2 | 3 |
| 12 | PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION] | 1 | 2 | 3 |
| 13 | NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE | 1 | 2 | 3 |
| 1452 | DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE DES SERVICES DE CPN | SALLE SEPARÉE | 1 | |
| | | AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE | 2 | |
| | | INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT | 3 | |
| | | PAS D'INTIMITÉ | 4 | |
| REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT. | | | | |

SECTION 15: PREVENTION TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

| | | |
|------|---|---|
| 1500 | VERIFIEZK Q102.06 FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PTME <input type="checkbox"/> | PAS DE SERVICES POUR LA PTME <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT ← |
|------|---|---|

ATTENTION!!!

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

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

| | | | | |
|------|--|---|-----|--------|
| 1501 | Comme éléments faisant partie des services de PTME, veuillez me dire si les prestataires fournissent les services suivants aux clientes | OUI | NON | |
| 01 | CONSEILS SUR LE VIH ET SERVICE DE TEST DE DEPISTAGE AUX FEMMES ENCEINTES | 1 | 2 | |
| 02 | TEST DE DEPISTAGE DES NOUVEAU-NES, NES DE MERE SEROPOSITIVE | 1 | 2 | |
| 03 | TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE AUX ANTIRETROVIRAUX AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIV 1 | | 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 | VERIFIEZ Q1501.01 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 | VERIFIEZ Q1501.02 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 | DISPONIBLE NON VALIDE | RAPPORTÉE DISPONIBLE PAS VU | NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE | | |
| | | 01 | ZIDOVDINE (AZT) COMPRIMES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | 02 | NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | 03 | LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | 04 | LOPINAVIR (LPV/r) COMPRIMES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | 05 | ABACAVIR (ABC) COMPRIMES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | 06 | EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | 07 | 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 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 | SECTION SUIVANTE/SERVICE | |
| 1551 | PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES | OBSERVÉ | RAPPORTÉ PAS VU | PAS DISPONIBLE |
| 01 | EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET) | 1 | 2 | 3 |
| 02 | SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE) | 1 | 2 | 3 |
| 03 | LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL / DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE | 1 | 2 | 3 |
| 04 | POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE | 1 06 ↙ | 2 | 3 |
| 05 | AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR) | 1 | 2 | 3 |
| 06 | BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT(OPCT) | 1 | 2 | 3 |
| 07 | GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES) | 1 | 2 | 3 |
| 08 | DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUE | 1 | 2 | 3 |
| 09 | SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES | 1 | 2 | 3 |
| 10 | MASQUES MEDICAUX | 1 | 2 | 3 |
| 11 | BLOUSES | 1 | 2 | 3 |
| 12 | PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION] | 1 | 2 | 3 |
| 13 | NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE | 1 | 2 | 3 |
| 1552 | 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 | VERIFIEZ Q102.07 Fourniture de services pour accouchement normal et/ou soins aux nouveau-nés | 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 M | | |
|------|--|---------------------------------------|-------------|-------------|--------------------------------------|------------------------------|--------|
| | | 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 998 | |
| 1616 | Combien de lits réservés pour les accouchements sont disponibles dans ce service ? | # DE LITS RESERVES AUX ACCOUCHEMENTS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 998 | |
| 1617 | Est-ce que cette 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 | VERIFIEZ Q1618: 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 systématiquement les pratiques suivantes, qui concernent le postpartum ou les nouveau-nés? | OUI | NON | NSP | | |
| 01 | Poser le bébé sur le ventre de la mère juste après l'accouchement (Peau sur Peau) | 1 | 2 | 8 | | |
| 02 | 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 | RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU | NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | NON, OU JAMAIS DISPONIBLE |
| 01 | POMMADE ANTIBIOTIQUE POUR LES YEUX | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 02 | ANTIBIOTIQUE INJECTABLE (PAR EX., CEFTRIAXONE) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 03 | UTEROTONIQUE INJECTABLE (PAR EX., OXYTOCINE) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 04 | SULFATE DE MAGNESIUM | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 05 | DIAZEPAM INJECTABLE | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 06 | SOLUTION IV (EXPANSEURS DU VOLUME PLASMATIQUE)/ (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 | DISPONIBLE AUCUN VALIDE | RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU | NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | NON / OU JAMAIS DISPONIBLE | |
| 01 | | ZIDOVDINE (AZT) COMPRIMES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 02 | | NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 03 | | LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 04 | | LOPINAVIR (LPV/r) COMPRIMES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 05 | | ABACAVIR (ABC) COMPRIMES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 06 | | EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 07 | | 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 | SECTION SUIVANTE/SERVICE |
| | | 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 | STANDARD PRECAUTIONS AND CONDITIONS FOR CLIENT EXAMINATION | 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 | VERIFIEZ Q102.08: FOURNITURE DE SERVICES POUR LE PALUDISME | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> ↓ | PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LE PALUDISME | |
| SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT | | | | |

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

| | | | |
|------|--|---|-------------------------------------|
| 1701 | Combien de jours par mois, les services concernant le paludisme sont disponibles dans votre structure? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS] | JOURS/MOIS <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 (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 | |

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

SECTION 18: INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

| | | | |
|--|--|--|--------|
| 1800 | VERIFIEZ Q102.09 FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST <input type="checkbox"/> | 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 style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | |
| 1802 | Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic des IST? | OUI 1 NON 2 | → 1804 |
| 1803 | Comment se fait le diagnostique des IST? | APPROCHE SYNDROMIQUE SEULEMENT 1 ETIOLOGIE (LABO) SEULEMENT 2 A LA FOIS SYNDROMIQUE ET ETIOLOGIQUE 3 | |
| 1804 | Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement pour les IST? | OUI 1 NON 2 | |
| 1805 | VERIFIEZ Q1802 ET Q1804 REPONSE "1" ENCERCLEE DANS SOIT Q1802 OU Q1804 OU LES DEUX <input type="checkbox"/> | REPONSE "1" PAS ENCERCLEE NI DANS Q1802 NI Q1804 <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT | |
| 1806 | Est-ce que les patients IST consultés dans ce service ont jamais été référés pour un counseling et un dépistage du VIH, ou bien ce service leur sont offert dans cette structure? | OUI 1 NON 2 | → 1810 |
| 1807 | Est-ce que les patients IST consultés dans ce service sont systématiquement référés pour un counseling et un dépistage du VIH, ou bien ils le sont seulement quand ils suspectés d'être infectés par le VIH? | SYSTEMATIQUEMENT REFERRE OU SERVICE OFFERT 1 SEULEMENT EN CAS DE SUSPICION D'INFECTION PAR LE HIV 2 | |
| 1808 | Est-ce que les prestataires du service IST font le dépistage du VIH dans ce service même? | OUI 1 NON 2 | → 1810 |
| 1809 | Puis-je voir un echantillon du kit TDR du VIH? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE. | OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU 3 | |
| 1810 | Est-ce que les directives nationales pour le diagnostic et le traitement des IST sont disponibles dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE. | OUI 1 NON 2 | → 1812 |
| 1811 | Puis je les voir? | OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2 | → 1814 |
| 1812 | Est-ce qu'il y a d'autres types de directives pour le diagnostic et le traitement des IST qui sont disponibles dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE. | OUI 1 NON 2 | → 1814 |
| 1813 | Puis-je les voir? | OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2 | |
| 1814 | Est-ce que cette structure pratique la notification du partenaire pour les IST? | OUI 1 NON 2 | → 1816 |
| 1815 | Est-ce que la notification est toujours active ou parfois (quand la structure contacte le partenaire) ou bien est-elle seulement passive (quand la structure demande aux patients d'informer ou d'amener leurs partenaires)? | TOUJOURS ACTIVE 1 PARFOIS ACTIVE 2 SEULEMENT PASSIVE 3 | |
| 1816 | Est-ce qu'on utilise des fiches ou des carnets de santé individuels? | OUI 1 NON 2 | → 1818 |
| 1817 | Puis-je voir une fiche individuelle ou un carnet de santé individuel. (Vierge ou pas). | OBSERVÉE 1 RAPPORTÉE, PAS VUE 2 | |

| | | | | | |
|------|--|---------|---------------------|-------------------|-----|
| 1818 | DEMANDER A VOIR LES ELEMENTS SUIVANTS ET INDIQUER S'ILS SE TROUVENT DANS LA SALLE MEME DE COUNSELIN DE CONSULTATION POUR LES PATIENTS IST, OU BIEN DANS UNE SALLE ADJACENTE. | | | | |
| | SUPPORTS VISUELS POUR LA SENSIBILISATION DES PATIENTS: | 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 |
| | INFORMATIONS QUE LE PATIENT EMPORTE AVEC LUI | | | | |
| 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 | 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 VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES. | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">INFORMATIONS GENERALES</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>VACCINATION INFANTILE</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>SOINS INFANTILES.....</td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td>PLANNING FAMILIAL</td> <td style="text-align: right;">14</td> </tr> <tr> <td>CPN</td> <td style="text-align: right;">15</td> </tr> <tr> <td>PTME</td> <td style="text-align: right;">16</td> </tr> <tr> <td>MATERNITE.....</td> <td style="text-align: right;">17</td> </tr> <tr> <td>TUBERCULOSE</td> <td style="text-align: right;">19</td> </tr> <tr> <td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH</td> <td style="text-align: right;">21</td> </tr> <tr> <td>MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....</td> <td style="text-align: right;">22</td> </tr> <tr> <td>PETITE CHIRURGIE</td> <td style="text-align: right;">23</td> </tr> <tr> <td>PAS VISITE AVANT.....</td> <td style="text-align: right;">31</td> </tr> </table> | INFORMATIONS GENERALES | 11 | VACCINATION INFANTILE | 12 | SOINS INFANTILES..... | 13 | PLANNING FAMILIAL | 14 | CPN | 15 | PTME | 16 | MATERNITE..... | 17 | TUBERCULOSE | 19 | COUNSELING ET DEPISTAGE VIH | 21 | MALADIES NON TRANSMISSIBLES..... | 22 | PETITE CHIRURGIE | 23 | PAS VISITE AVANT..... | 31 | SECTION SUIVANTE/SERVICI |
| INFORMATIONS GENERALES | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VACCINATION INFANTILE | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS INFANTILES..... | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLANNING FAMILIAL | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPN | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PTME | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MATERNITE..... | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TUBERCULOSE | 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COUNSELING ET DEPISTAGE VIH | 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MALADIES NON TRANSMISSIBLES..... | 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PETITE CHIRURGIE | 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAS VISITE AVANT..... | 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1851 | PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS | OBSERVE | RAPPORTE, PAS VU | PAS DISPONIBLE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01 | EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION 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 | DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SONT DELIVRES LES SERVICES IST | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">SALLE SEPARÉE.....</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>PAS D'INTIMITÉ.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> </table> | SALLE SEPARÉE..... | 1 | AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... | 2 | INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT | 3 | PAS D'INTIMITÉ..... | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SALLE SEPARÉE..... | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAS D'INTIMITÉ..... | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 19: TUBERCULOSE

| | | |
|------|---|--|
| 1900 | VERIFIEZ Q102.10 FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TBC <input style="float: right; margin-right: 20px;" type="checkbox"/> | PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TBC <input style="float: left; margin-left: 20px;" 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 style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 10px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
|------|--|---|

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

| | | | |
|------|--|--|-------|
| 1902 | Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic de la tuberculose chez un patient? | OUI 1 NON 2 | →1904 |
| 1903 | Quelle est la méthode la plus utilisée par les prestataires pour faire le diagnostic de la TBC? SONDER POUR DETERMINER LA METHODE LA PLUS UTILISEE A LA FOIS EXAMEN CRACHATS ET RADIO | EXAMEN DES CRACHATS SEULEMENT ... 1 RADIOGRAPHIE SEULEMENT..... 2 SOIT EXAMEN CRACHATS SOIT RADIO... 3 A LA FOIS EXAMEN CRACHATS ET RADIO 4 SYMPTOMES CLINIQUES SEULEMENT... 5 | |
| 1904 | Est-ce que les prestataires 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 TRAITE 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 | VERIFIEZ Q1902 AND Q1908 FOURNITURE DE DE DIAGNOSTIC OU DE TRAITEMENT DE LA TBC <input style="float: right; margin-right: 20px;" type="checkbox"/> | PAS DE FOURNITURE DE DE DIAGNOSTIC OU DE TRAITEMENT DE LA TBC <input style="float: left; margin-left: 20px;" 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 | |

| | | | |
|------|--|---|--------|
| 1913 | Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH est disponible dans ce service? | OUI 1 NON 2 | →1915 |
| 1914 | Puis-je voir un échantillon du kit TDR du VIH? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE. | OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3 | |
| 1915 | Est-ce que les directives nationales en matière de diagnostic et de traitement de la TBC sont disponibles dans ce service? | OUI 1 NON 2 | →1917 |
| 1916 | Puis-je les voir? | OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2 | |
| 1917 | Est-ce que les directives pour la gestion de la co-infection VIH et TBC sont disponibles dans ce service? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE | OUI 1 NON 2 | →1919 |
| 1918 | Puis-je les voir? | OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2 | |
| 1919 | Est-ce que des directives sur le traitement de la TBC-MDR (Multi Drugs Resistant) sont disponibles dans ce service? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE | OUI 1 NON 2 | →1921 |
| 1920 | Puis-je les voir? | OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2 | |
| 1921 | VERIFIEZ Q1903 REPONSES 1, 3 OU 4 <input type="checkbox"/> ENCERCLEES ↓ | REPONSES 1, 3 OU 4 <input type="checkbox"/> PAS ENCERCLEES | → 1950 |
| 1922 | Est-ce que vous avez dans ce services des crachoirs pour collecter des échantillons de crachat? | OUI 1 NON 2 | |
| 1923 | Puis-je en voir un? | OBSERVÉ. 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2 | |

PRECAUTIONS DE BASE

| | | | |
|--|---|--|--------------------------|
| 1950 | 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 VISITÉ, 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 | SECTION SUIVANTE/SERVICE |
| 1951 | PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS | OBSERVE RAPPORTE PAS PAS VU DISPONIBLE | |
| 01 | EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET) | 1 2 3 | |
| 02 | SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE) | 1 2 3 | |
| 03 | LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/ DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE | 1 2 3 | |
| 04 | POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE | 1 } 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 SONT DELIVRES LES SERVICES DE TBC | OU SALLE SEPARÉE..... 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT..... 3 PAS D'INTIMITÉ..... 4 | |
| 1953 | VERIFIEZ Q214 ANTI-TUBERCULEUX STOCKES AILLEURS OU <input type="checkbox"/> OU PAS STOCKES (REPONSE 1 PAS ENCERCLEE) ↓ | ANTITUBERCULEUX STOCKES DANS LE SERVICE DE TBC (REPONSE 1 ENCERCLEE) <input type="checkbox"/> | → 931 |
| REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT. | | | |

SECTION 20: TEST DE DEPISTAGE DU VIH

| | | | |
|---|---|--|--------|
| 2000 | VERIFIEZ Q102.11 FOURNITURE DE SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> | PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ← | |
| DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON 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 style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> | |
| 2002 | Quand un prestataire voudrait qu'un patient fasse le test de dépistage du VIH, ou bien quand le patient accepte de faire le test, quelle est la procédure qui est suivie? En d'autres termes, quelles sont les options possibles pour faire le test de dépistage? APRES QUE LA REPONSE EST DONNEE, SONDER POUR DETERMINER TOUTES LES AUTRES PROCEDURES POUR FAIRE LE DEPISTAGE DU VIH. ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE | TEST DE DEPISTAGE RAPIDE DANS LE SERVICE A PRELEVEMENT DE SANG ICI ET ENVOYE AU LABO B PATIENT ENVOYE A UN AUTRE SERVICE DE LA STRUCTURE. C PATIENT ENVOYE AU LABO DE LA STRUCTURE. D PATIENT ENVOYE A UN SERVICE EXTERNE. E PRELEVEMENT DE SANG ICI ET ENVOYE A UN SERVICE EXTERNE. F | |
| 2003 | VERIFIEZ Q2002 FOURNITURE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH DANS CE SERVICE ("A" ENCERCLE) <input type="checkbox"/> | PAS DE FOURNITURE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH DANS CE SERVICE ("A" PAS ENCERCLE) <input type="checkbox"/> | → 2005 |
| 2004 | Puis-je voir un kit 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 | VERIFIEZ Q2002 PRELEVEMENT DE SANG DANS LE SERVICE ("A" OU "B" OU "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/> | PAS DE PRELEVEMENT DE SANG DANS SERVICE (NI "A" NI "B" NI "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/> | → 2052 |

PRECAUTIONS DE BASE

| | | | |
|------|---|---|-------|
| 2050 | VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES DE COUNSELING ET DEPISTAGE SUR LE VIH POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REPIONDANT DE VOUS LES MONTRER. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES. | 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 | PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS | OBSERVE | RAPPORTE PAS VU | PAS DISPONIBLE |
|------|--|-----------|-----------------|----------------|
| 01 | EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET) | 1 | 2 | 3 |
| 02 | SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE) | 1 | 2 | 3 |
| 03 | LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE | 1 | 2 | 3 |
| 04 | POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE | 1 06 ↙ | 2 | 3 |
| 05 | AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR) | 1 | 2 | 3 |
| 06 | BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT) | 1 | 2 | 3 |
| 07 | GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES) | 1 | 2 | 3 |
| 08 | DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUES | 1 | 2 | 3 |
| 09 | SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES | 1 | 2 | 3 |
| 10 | MASQUES | 1 | 2 | 3 |
| 11 | BLOUSES | 1 | 2 | 3 |
| 12 | PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION] | 1 | 2 | 3 |
| 13 | NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE | 1 | 2 | 3 |

| | | | |
|------|--|--|--|
| 2052 | DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT | SALLE SEPARÉE..... 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT..... 3 PAS D'INTIMITÉ..... 4 | |
|------|--|--|--|

| | | | |
|------|--|----------------------------|-------|
| 2053 | Est-ce que des condoms à donner aux patients recevant des services de counseling et de dépistage du VIH, sont disponibles dans ce service? | OUI 1 NON 2 | →2055 |
|------|--|----------------------------|-------|

| | | | |
|------|--------------------------------|---|--|
| 2054 | Puis-je voir quelques condoms? | OBSERVÉS 1 RAPPORTÉS, PAS VUS..... 2 | |
|------|--------------------------------|---|--|

| | | | |
|------|---|---|--|
| 2055 | VERIFIEZ Q2002 DEPISTAGE EXTERNE DU VIH (SOIT "E" OU "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/> | PAS DE DEPISTAGE EXTERNE DU VIH (NI "E" OU "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/> 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 | VERIFIEZ Q102.12 FOURNITURES DE SERVICES DE TRAITEMENT DU VIH <input type="checkbox"/> | PAS DE FOURNITURES DE SERVICES DE TRAITEMENT DU VIH <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/> |
|------|--|--|

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

| | | | |
|------|---|---|-------|
| 2101 | Est-ce que les prestataires de santé dans cette 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 | VERIFIEZ Q2101 ET Q2102 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 Directives Nationales sur le traitement ARV sont disponibles dans ce service? | OUI 1 NON 2 | →2106 |
| 2105 | Puis-je les voir? | OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2 | →2108 |
| 2106 | Est-ce que d'autres types de 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 | SYSTEMATIQUE | 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 un test de suivi est fait systématiquement, de manière sélective ou jamais pendant que le patient est sous TARV (c'est-à-dire pour le suivi) | | | | |
|------|--|---------------------------------|-----------|--------------|-----|
| | | TEST DE SUIVI EFFECTUÉ DE FACON | | | |
| | TEST | SYSTEMATIQUE | 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 électrolytes) | 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 | Hépatite 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 VERIFIEZ Q216

ARV STOCKES AILLEURS OU
PAS STOCKES (REPONSE 1 PAS ENCERCLEE)

ARV STOCKES DANS LE SERVICE DE
TARV (REPONSE 1 ENCERCLEE)

941

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

SECTION 22: SOINS ET SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH

| 2200 | VERIFIEZ Q102.13 FOURNITURE DE SOINS ET DE SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH | PAS DE FOURNITURE DE SOINS ET DE SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|-----------------------|-----|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SOINS ET LES SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CE SUJET. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER QUESTIONS SUIVANTES. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2201 | Veuillez SVP me dire si les prestataires de santé fournissent les services suivants pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA: | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">OUI</th> <th style="width: 33%;">NON</th> <th style="width: 33%;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table> | OUI | NON | NSP | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 | 1 | 2 | 8 |
| OUI | NON | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01 | Prescrire un traitement contre toute infection opportuniste ou symptôme lié au VIH/SIDA. Cela inclut le traitement des infections fongiques topiques. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | Faire un traitement systématique par voie intraveineuse des infections fongiques spécifiques telles que la méningite à cryptocoque | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | Faire un traitement pour le sarcome de Kaposi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | Fournir des services de réhabilitation nutritionnelle, c'est-à-dire l'éducation et la fourniture au patient de suppléments nutritionnels | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | Prescrire ou fournir un supplément de protéines enrichies | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | Fournir des soins pédiatriques pour les enfants atteints du VIH/SIDA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | Prescrire ou fournir un traitement préventif contre la TB (INH + Pyridoxine) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | Fournir un traitement préventif primaire contre les infections opportunistes, tel que le traitement préventif au Cotrimoxazole | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Fournir ou prescrire un supplément en oligo-éléments tels que des vitamines ou du fer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Fournir le counseling et/ou services de PF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Fournir des condoms pour la prévention de la transmission du VIH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2202 | Est-ce qu'il y a un système pour tester et dépister systématiquement la 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 | VERIFIEZ Q102.14 FOURNITURE DE SERVICES SUR LES MALADIES CHRONIQUES | ↓ | PAS DE FOURNITURE DE SERVICES SUR LES MALADIES CHRONIQUES |
| | | | SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ← |

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON RECOIT LES PATIENTS QUI ONT DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES OU CHRONIQUES, TELLES QUE LE DIABETE ET LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS 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 directives nationales sur le diagnostic et la gestion du diabète sont disponibles dans ce service? | OUI 1 NON 2 | → 2304 |
| 2303 | Puis-je les voir? | OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2 | → 2310 |
| 2304 | Est-ce que d'autres types de directives 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 maladies cardiovasculaires telles que l'hypertension? | OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT 1 OUI, DIAGNOSTIC ET GESTION 2 OUI, GESTION SEULEMENT 3 NON 4 | → 2320 |
| 2311 | Est-ce que les directives nationales pour le diagnostic et la gestion des maladies cardiovasculaires sont disponibles dans ce service? | OUI 1 NON 2 | → 2313 |
| 2312 | Puis-je les voir? | OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2 | → 2320 |
| 2313 | Est-ce que d'autres types de directives 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 chroniques 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 directives nationales pour le diagnostic et/ou la gestion des maladies respiratoires chroniques sont disponibles dans ce service? | OUI 1 NON 2 | → 2323 |
| 2322 | Puis-je les voir? | OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2 | → 2330 |
| 2323 | Est-ce que d'autres types de directives 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 | OUI | NON | NSP | |
| 01 | PESE-PERSONNE POUR ADULTE | 1 → b | 2 → b | 3 02 ↙ | 1 | 2 | 8 | |
| 02 | PESE-PERSONNE POUR ENFANT [GRADUATION 250 gr] | 1 → b | 2 → b | 3 03 ↙ | 1 | 2 | 8 | |
| 03 | PESE-PERSONNE POUR ENFANT [GRADUATION 100 gr] | 1 → b | 2 → b | 3 04 ↙ | 1 | 2 | 8 | |
| 04 | 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> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>INFORMATIONS GENERALES</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>VACCINATION INFANTILE</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>SOINS INFANTILES</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>PLANNING FAMILIAL</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>CPN</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>PTME</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>MATERNITE</td><td style="text-align: right;">17</td></tr> <tr><td>IST</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td>TUBERCULOSE</td><td style="text-align: right;">19</td></tr> <tr><td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>PETITE CHIRURGIE</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>PAS VISITE AVANT</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> </table> | 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 | SECTION SUIVANTE/SERVICE |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2351 | PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS | OBSERVÉ | RAPPORTÉ, PAS VU | PAS DISPONIBLE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01 | EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE | 1 06 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE") / OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL] /ANTISEPTIQUE | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | MASQUES | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | BLOUSES | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION] | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2352 | DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>SALLE SEPARÉE</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>PAS D'INTIMITÉ</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </table> | | | SALLE SEPARÉE | 1 | AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE | 2 | INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT | 3 | PAS D'INTIMITÉ | 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| SALLE SEPARÉE | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAS D'INTIMITÉ | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMERCEZ VOTRE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 24: SERVICES DE PETITE CHIRURGIE

| | | |
|------|--|---|
| 2400 | VERIFIEZ Q102.15 FOURNITURE DE SERVICES DE PETITE CHIRURGIE | PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE PETITE CHIRURGIE SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT |
|------|--|---|

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON FAIT LA PETITE CHIRURGIE.
 IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA FOURNITURE DE SERVICES DE 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 | Veillez SVP me dire si les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir. | (A) DISPONIBLE | | | (B) FONCTIONNEL | | |
|------|---|------------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------|-------------------|------|
| | | OBSERVE | RAPPORTE PAS VU | PAS DISPONIBLE | OUI | NON | NSP |
| 01 | 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 | Veillez SVP me dire si le matériel ou les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI UN MEDICAMENT AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME) | (A) OBSERVE DISPONIBLE | | | (B) PAS OBSERVE | | |
| | | AU MOINS UN VALIDE | DISPONIBLE AUCUN VALIDE | RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU | NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HU | 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> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">INFORMATIONS GENERALES</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>VACCINATION INFANTILE</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>SOINS CURATIFS INFANTILES</td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td>PLANNING FAMILIAL</td> <td style="text-align: right;">14</td> </tr> <tr> <td>CPN</td> <td style="text-align: right;">15</td> </tr> <tr> <td>PTME</td> <td style="text-align: right;">16</td> </tr> <tr> <td>MATERNITE</td> <td style="text-align: right;">17</td> </tr> <tr> <td>IST</td> <td style="text-align: right;">18</td> </tr> <tr> <td>TUBERCULOSE</td> <td style="text-align: right;">19</td> </tr> <tr> <td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH</td> <td style="text-align: right;">21</td> </tr> <tr> <td>MALADIES NON TRANSMISSIBLES</td> <td style="text-align: right;">22</td> </tr> <tr> <td>PAS VISITÉ AVANT</td> <td style="text-align: right;">31</td> </tr> </table> | 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 | SECTION SUIVANTE/SERVICE ↓ |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2451 | MESURES DE PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS | OBSERVE | RAPPORTE PAS VU | PAS DISPONIBLE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01 | EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE | 1 06 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES) | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ANTISEPTIQUE | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | MASQUES MEDICAUX | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | BLOUSES | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE] | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2452 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMERCEZ VOTRE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 25: CESARIENNES

| | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|---|-----------------|-----|-----|
| 2500 | VERIFIEZ Q102.16 FOUNTURE DE SERVICES DE CESARIENNE DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> | PAS DE FOUNTURE DE SERVICES DE CESARIENNE DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 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 | VERIFIEZ Q102.18 FOURNITURE DE SERVICES D'ANALYSE GROUPE SANGUIN DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> | PAS DE FOURNITURE DE SERVICES D'ANALYSE GROUPE SANGUIN DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> 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 | (B) PAS OBSERVE | | | |
| | | AU MOINS UN VALIDE | DISPONIBLE AUCUN VALIDE | RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU | NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI | JAMAIS DISPONIBLE |
| 01 | Réactif Anti-A (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 | VERIFIEZ Q102.19 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 MANIPULÉ AVANT LA TRANSFUSION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LES SERVICES DE TRANSFUSION SANGUINE DANS LA STRUCTURE. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES | | |
| 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 <u>soit dans la structure même ou en dehors?</u> | 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 <u>dans la structure même ou en dehors?</u> 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 sures? | 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 sures? | OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2 | |

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

| | | OUI | NON | | | | | |
|--|--|--|-----|--|--|---|--|--|
| 3000 | EVALUER L'ETAT GLOBAL DE PROPRETE/LES CONDITIONS DE LA STRUCTURE | | | | | | | |
| 01 | LE SOL: BALAYE, PAS DE TRACES VISIBLES DE SALETES OU DE DECHETS | 1 | 2 | | | | | |
| 02 | COMPTOIRS DE SERVICE/TABLES/CHAISES: NETTOYES PAS DE TRACE VISIBLE DE POUSSIERE OU DE DECHETS | 1 | 2 | | | | | |
| 03 | AIGUILLES, OBJETS TRANCHANTS HORS DE LA BOITE DE SECURITE | 1 | 2 | | | | | |
| 04 | BOITES POUR OBJETS TRANCHANTS QUI DEBORDENT/ OU SONT PERCEES | 1 | 2 | | | | | |
| 05 | BANDAGES/DECHETS INFECTIEUX QUI TRAINENT, NON COUVERTS | 1 | 2 | | | | | |
| 06 | MURS: SERIEUSEMENT ENDOMMAGÉS | 1 | 2 | | | | | |
| 07 | PORTES: SERIEUSEMENT ENDOMMAGÉES | 1 | 2 | | | | | |
| 08 | PLAFOND: TACHES D'HUMIDITE OU ENDOMMAGÉS | 1 | 2 | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | . | | |
| | | . | | | | | | |
| REMERCIEZ 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 CPN associées au prestataire.

| |
|--|
| |
|--|

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

| |
|--|
| |
|--|

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

OUI, PRECEDEMENT INTERVIEWE 1

NOM&CODE DE LA STRUCTURE

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

→ FIN

NON, PAS INTERVIEWE PRECEDEMENT 2

LIRE LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT SUIVANT

Bonjour. Mon nom est _____. Je représente l'Agence Nationale de la Statistique et de la Demographie (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

| | | | | | | | |
|------|--|------|--|-------|---|---|--|
| | | | | 2 | 0 | 1 | |
| JOUR | | MOIS | | ANNEE | | | |

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

| | | | |
|-----|---|------------|-------|
| 101 | Puis-je commencer l'interview maintenant? | OUI..... 1 | → FIN |
| | | NON..... 2 | |

1. EDUCATION ET EXPERIENCE

| | | | | |
|-----|---|---|-------|--|
| 102 | <p>Je voudrais vous poser des questions sur votre formation.</p> <p>Au total, combien d'années d'études primaires, secondaires, et supérieures avez-vous complétées?</p> | ANNÉES <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | |
| 103 | <p>Quelle est votre profession/qualification actuelle? Par exemple, êtes-vous un(e) infirmier/infirmière, médecin généraliste ou médecin spécialiste?</p> <p>[la liste sera spécifique au pays - elle doit être suffisamment étendue, éviter le besoin d'inclure « autre »]</p> | MEDECIN GENERALISTE. 01 CHIRURGIEN GENERALISTE. 02 MEDECIN SPECIALISTE 03 TECHNICIEN SUPERIEUREN ADMINISTRATION 04 TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE. 05 TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE. 06 TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/ REANIMATION. 07 TECHNICIEN SUPERIEUR EN KINESIOTHERAPIE. 08 TECHNICIEN SUPERIEUR EN ONDOTOLOGIE. 09 TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE 10 TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPHTALMOLOGIE. 11 TECHNICIEN SUPERIEUR EN GENIE SANITAIRE. 12 INFIRMIER(E) D'ETAT 13 INFIRMIER(E) BREVETE / AGENT SANITAIR 14 ASSISTANT INFIRMIER 15 SAGE-FEMME D'ETAT 16 BIOLOGISTE 20 TECHNICIEN DE LABORATOIRE. 21 TRAVAILLEURS SOCIAUX 22 ASSISTANTS SOCIAUX 23 AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (MATRONE, RELAIS, AIDE-INFIRMIER, PREVENTIONISTE, AGENT DE CROIX ROUGE, SECOURISTE, AIDE SOIGNANT, DEPOSITAIRE) 24 AUTRE SPECIFIER 96 | | |
| 104 | <p>En quelle année avez-terminé cette formation?</p> <p>SI QUALIFICATION NON-TECHNIQUE (103=95), DEMANDEZ: En quelle année avez-vous terminé votre formation de base en vue de l'obtention de votre qualification actuelle?</p> | ANNEE <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | |
| 105 | <p>En quelle année avez-vous commencé à travailler dans cette structure?</p> | ANNEE <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | |
| 106 | <p>Avez-vous reçu le vaccin contre l'hépatite B?</p> <p>SI OUI, DEMANDEZ: Combien de doses avez-vous reçues jusqu'a présent?</p> | OUI, UNE DOSE. 1 OUI, 2 DOSES. 2 OUI, 3 DOSES OU PLUS. 3 NON. 4 | → 108 | |
| 107 | <p>Avez-vous été vacciné dans le cadre de votre travail dans cette structure?</p> | OUI. 1 NON. 2 | | |
| 108 | <p>Etes-vous un directeur ou responsable de l'un ou l'autre service clinique?</p> | OUI. 1 NON. 2 | | |

2. FORMATION GÉNÉRALE / PALUDISME /MALADIES NON-TRANSMISSIBLES

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

| | | | |
|---|---|---|-----|
| 201 | VÉRIFIEZ A LA Q103 LA PROFESSION/LA QUALIFICATION DU PRESTATAIRE | | |
| | CODE 10, 20 OU 21 (CAD., EN RAPPORT AVEC LABO) ENCERCLE <input type="checkbox"/> | | 700 |
| | CODE 10, 20 OU 21 N'EST PAS ENCERCLE <input type="checkbox"/> | | |
| Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions au sujet des prestations que vous fournissez personnellement comme partie de vosre fonction actuelle au sein de cette structure et de toute formation continue ou formation de mise à jour liée à ce sujet que vous avez reçue. Rappelez-vous que nous parlons de services que vous fournissez dans le cadre de votre fonction actuelle au sein de cette structure. | | | |
| 202 | Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, fournissez-vous personnellement des services connus sous le nom de « amis des jeunes » conçus pour être adressés aux jeunes ou adolescents ? c.-à-d. ayant pour objectif d'encourager l'utilisation des services chez les jeunes ou adolescents ? | OUI. 1 NON. 2 | |
| 203 | Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets s'adressant spécifiquement aux services réservés aux jeunes ou adolescents, services comme "amis des jeunes" ? SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois? | OUI, 24 DERNIERS MOIS. 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. 2 PAS DE FORMATION CONTINUE. . . 3 | |

PALUDISME

| | | | | |
|-----|---|--|---|--|
| 204 | Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous diagnostiquez et / ou traitez personnellement le palu? | OUI. 1 NON. 2 | | |
| 205 | Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour en rapport avec le diagnostic et/ traitement du paludisme? | OUI. 1 NON. 2 | →207 | |
| 206 | Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour axée sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois? | OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS | OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS | NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE |
| 01 | DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ADULTES | 1 | 2 | 3 |
| 02 | DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS | 1 | 2 | 3 |
| 03 | COMMENT EFFECTUER LE TEST DIAGNOSTIC RAPIDE DU PALUDISME | 1 | 2 | 3 |
| 04 | PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ADULTES | 1 | 2 | 3 |
| 05 | PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE | 1 | 2 | 3 |
| 06 | TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE | 1 | 2 | 3 |
| 07 | PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS | 1 | 2 | 3 |

DIABÈTE

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

MALADIES CARDIOVASCULAIRES

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

MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES

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

3. SERVICES DE SANTE INFANTILE

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

4. SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

| | | | | |
|-----|--|--|---|--|
| 400 | Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de planification familiale ? | OUI. 1 NON. 2 | | |
| 401 | Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets en rapport avec la planification familiale? | OUI. 1 NON. 2 | → 500 | |
| 403 | Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois? | OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS | OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS | NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE |
| 01 | COUNSELING EN GÉNÉRAL 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 MÉTHODES DE PF, Y COMPRIS LA GESTION DES EFFETS SECONDAIRES | 1 | 2 | |
| 07 | PLANIFICATION FAMILIALE POUR LES FEMMES INFECTÉES AU VIH | 1 | 2 | |
| 08 | AUTRE SUJET RELATIF À LA PF (SPÉCIFIER) _____ | 1 | 2 | |

5.SERVICES DE SANTE MATERNELLE

CPN - SOINS POSTPARTUM -PTME

| | | | | |
|-----|---|---|---|--|
| 500 | Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de soins prénatals ou de soins postnatals ? SI OUI, INSISTEZ ET NOTEZ LESQUELS SERVICES SONT FOURNI | OUI, PRENATAL..... 1 OUI, POSTNATAL..... 2 OUI, LES DEUX..... 3 NON, AUCUN DES DEUX..... 4 | | |
| 501 | Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets relatifs aux soins prénatals ou soins postnatals? | OUI..... 1 NON..... 2 | →503 | |
| 502 | Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois? | OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS | OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS | NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE |
| 01 | Dépistage en CPN (ex.,la tension artérielle, glycosurie et protéinurie)? | 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 personnellement des prestations qui sont spécifiquement orientées vers la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant? SI OUI, DEMANDEZ: Quelles sont les prestations spécifiques que vous fournissez? INDIQUEZ LEQUEL DES SERVICES SUR LA LISTE EST FOURNI ET INSISTEZ: Y-A-T-IL UN AUTRE? | CONSEILS PREVENTIFS..... A CONSEILS POUR TEST VIH..... B FAIRE UN TEST VIH..... C FOURNIR DES ARVs A LA MERE... D FOURNIR DES ARVs A L'ENFANT. E PAS DE SERVICES PTME..... Y | | |
| 504 | Avez-vous reçu dans le cadre de la formation continue , une formation sur des sujets liés à santé maternelle et/ou du nouveau-né et le VIH/SIDA ? | OUI..... 1 NON..... 2 | →506 | |
| 505 | Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois? | OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS | OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS | NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE |
| 01 | Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) | 1 | 2 | 3 |
| 02 | Conseils nutritionnels pour le nouveau-né 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 actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des prestations dans le domaine des accouchements ? Je veux dire faire de véritables délivrances de nouveau-nés? | OUI..... 1 NON..... 2 | → 509 | |
| 507 | Durant les 6 derniers mois, combien d'accouchements, approximativement, avez-vous conduit comme principal prestataire (y inclure les accouchements effectués dans un cadre privé et dans cette structure) ? | TOTAL DES ACCOUCHEMENTS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| 508 | A quand remonte la dernière fois que vous avez utilisé un partogramme? | JAMAIS..... 0 LA SEMAINE DERNIERE..... 1 LE MOIS DERNIER..... 2 LES 6 DERNIERS MOIS..... 3 IL Y A PLUS DE 6 MOIS..... 4 | | |
| 509 | Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur sujets liés à l'accouchement? | OUI..... 1 NON..... 2 | → 511 | |
| 510 | Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois? | OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS | OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS | NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE |
| 01 | La Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (IMPAC)? | 1 | 2 | 3 |
| 02 | Soins Obstétricaux d'Urgence Complètes (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 actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure est-ce que vous fournissez personnellement des soins aux nouveau-nés? | OUI..... 1 NON..... 2 | | |
| 512 | Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets liés aux soins des nouveau-nés? | OUI..... 1 NON..... 2 | → 600 | |
| 513 | Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois? | OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS | OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS | NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE |
| 01 | La réanimation néonatale utilisant un sac et un masque | 1 | 2 | 3 |
| 02 | L'allaitement maternel précoce et exclusif | 1 | 2 | 3 |
| 03 | Prise en charge des infections du nouveau-né (y compris les antibiotiques injectables) | 1 | 2 | 3 |
| 04 | Soins 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 actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure est-ce que vous fournissez personnellement des prestations dans le domaine des IST? | YES. 1 NO. 2 | |
| 601 | Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets liés aux services IST? | YES. 1 NO. 2 | →603 |
| 602 | Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois? | OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS | OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS |
| | | | NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE |
| 01 | 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 formation continue ou une formation de mise à jour y relatif | Fournissez-vous [LIRE SERVICE]? (a) | | Avez-ecu une formation continue sur [SERVICE]? SI OUI, derniers 24 mois ou plus? (b) | | |
| | LIRE LES QUESTIONS DES COLONNES A ET 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 formation continue ou une formation de mise à jour y relatif | Fournissez-vous [LIRE SERVICE]? (a) | | Avez-ecu une formation continue sur [SERVICE]? SI OUI, derniers 12 mois ou plus? (b) | | |
| | LIRE LES QUESTIONS DES COLONNES A ET B | OUI | NON | OUI, derniers 24 MOIS | OUI, PLUS DE 24 MOIS | PAS DE FORMATION |
| 01 | Fournir des conseils relatifs au test du VIH | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 |
| 02 | Effectuer le test du VIH | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 |
| 03 | Fournir des services liés à la PTME | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 |
| 04 | Fournir des services de soins palliatifs | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 |
| 05 | Fournir des services de traitement antirétroviral, y compris la prescription, le counseling, ou le suivi | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 |
| 06 | Fournir un traitement préventif des infections opportunistes (IO) comme la tuberculose et la pneumonie | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 |
| 07 | Fournir des soins pédiatriques pour le SIDA | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 |
| 08 | Fournir des soins à domicile pour le VIH/SIDA | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 |
| 09 | Fournir des services de prophylaxie post-exposition (PPE) | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 |

7. SERVICES DE DIAGNOSTIC

| | | | | |
|-----|--|--|---|--|
| 700 | Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, effectuez-vous personnellement des examens en laboratoire? ENCERCLEZ LE CODE 2 « NON » SI LE PRESTATAIRE COLLECTE SEULEMENT DES SPÉCIMENS | OUI..... 1 NON..... 2 | → 800 | |
| 701 | S'il vous plaît dites-moi si vous faites personnellement l'un ou l'autre des tests suivants dans le cadre de votre travail au sein de cette structure | OUI | NON | |
| 01 | L'examen 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 formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets liés aux différents tests de diagnostic que vous effectuez? | OUI..... 1 NON..... 2 | → 800 | |
| 703 | Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois? | OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS | OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS | NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE |
| 01 | L'examen 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"/> | |
| 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. CHAQUE JOUR. '96 | <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 05 ← 05 | |
| 04 | Donner une appréciation verbale disant que vous faites bien votre travail? | APPRECIATION VERBALE | 1 2 8 | |
| 05 | Donner des informations actualisées sur des questions administratives ou techniques liées à votre travail? | A ACTUALISE | 1 2 8 | |
| 06 | Discuter des problèmes que vous avez rencontrés? | A DISCUTE DES PROBLEMES | 1 2 8 | |
| 804 | Avez-vous une description écrite des activités de votre travail actuel ou de votre position dans cette structure sanitaire? SI OUI, DEMANDEZ : Est-ce que je peux la voir ? | OUI, VUE 1 OUI, RAPPORTEE, PAS VUE 2 NON 3 | | |
| 805 | Y a-t-il des occasions de promotion dans votre travail actuel? | OUI. 1 NON. 2 INCERTAIN/NE SAIT PAS. 8 | | |
| 806 | Quel(s) type(s) de supplément de salaire recevez-vous, si il y en a un? INSISTEZ: Rien d'autres? | SALAIRE MENSUEL OU QUOTIDIEN COMPLÉMENTAIRE. A PERDIEM EN ASSISTANT A UNE FORMATION. B ALLOCATION DE SERVICE. C PAIEMENT POUR ACTIVITÉS SUPPLEMENTAIRES (NON FOURNIES ROUTINIEREMENT). D MOTIVATION AU SEIN DE LA STRUCTURE E MOTIVATION NATIONALE F HEURES SUPPLEMENTAIRES G 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; margin-top: 20px;"> <p>CLASSEMENT</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <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> | | | | | |

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: _____ | | | | | |
| NUMERO DE LA STRUCTURE SANITAIRE | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE (DE LA LISTE DU PERSONNEL) | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| CODE DU PATIENT (DE LA LISTE DES CLIENTS ENFANT MALADE) | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

2. Information sur le Prestataire

| | |
|---|--|
| <p><u>Catégorie de Prestataire:</u></p> <p>MEDECIN GENERALISTE 01</p> <p>CHIRURGIEN GENERALISTE 02</p> <p>MEDECIN SPECIALISTE 03</p> <p>TECHNICIEN SUPERIEUR EN ADMINISTRATION 04</p> <p>TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE 05</p> <p>TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE 06</p> <p>TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REANIMATION 07</p> <p>TECHNICIEN SUPERIEUR EN KINESITHERAPIE 08</p> <p>TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE 09</p> <p>TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE 10</p> <p>TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPHTAMOLOGIE 11</p> <p>TECHNICIEN SUPERIEUR EN GENIE SANITAIRE 12</p> <p>INFIRMIER(E) D'ETAT 13</p> <p>INFIRMIER€ BREVETE / AGENT SANITAIRE 14</p> <p>ASSISTANT INFIRMIER 15</p> <p>SAGE-FEMME D'ETAT 16</p> <p>BIOLOGISTE 20</p> <p>TECHNICIEN DE LABORATOIRE 21</p> <p>TRAVAILLEURS SOCIAUX 22</p> <p>ASSISTANTS SOCIAUX 23</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (MATRONE, RELAIS, AIDE-INFIRMIER, PREVENTIONISTE, AGENT DE CROIX ROUGE, SECOURISTE, AIDE SOIGNANT, DEPOSITAIRE) 24</p> <p>AUTRES _____ 96</p> <p>(SPECIFIEZ)</p> | <p>CATEGORIE PRESTATAIRE <input type="text"/></p> |
| <p>SEXE DU PRESTATAIRE: (1=Masculin; 2=Féminin)</p> | <p>SEXE DU PRESTATAIRE <input type="checkbox"/></p> |
| <p>NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE [DE LA LISTE DE PERSONNEL]</p> | <p>NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE <input type="text"/></p> |
| <p>SEQUENTIAL? OR NEED TO BE THIS WAY TO MATCH THE LISTE DU PERSONNEL</p> | |

3. Information sur l'Observation

| | | | |
|---|-------------|----------------------|----------------------|
| Date: | JOUR | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nom de l'observateur: _____ | MOIS | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CODE OBSERVATEUR <input type="text"/> | ANNÉE | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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.

A LIRE AU PRESTATAIRE: 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 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.

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.

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.

Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?

| | | | | | |
|------|--|------|---|-------|--|
| | | 2 | 0 | 1 | |
| JOUR | | MOIS | | ANNÉE | |

Signature de l'enquêteur
(indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)

| | | | |
|-----|---|----------------------------|--------------|
| 100 | ENREGISTREZ SI LA PERMISSION A ETE DONNÉE PAR LE PRESTATAIRE. | OUI 1 NON 2 | → FIN |
|-----|---|----------------------------|--------------|

A LIRE A L'ACCOMPAGNATEUR: 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.

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.

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.

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?

Signature de l'enquêteur
(indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)

| | | | |
|-----|--|----------------------------|--------------|
| 101 | ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ETE DONNÉE PAR L'ACCOMPAGNATEUR. | OUI 1 NON 2 | → FIN |
|-----|--|----------------------------|--------------|

| | | | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|--|--|
| 102 | ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'OBSERVATION | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | |
|-----|---|----------------------------|--|
| 103 | EST-CE LA PREMIERE OBSERVATION POUR CE PRESTATAIRE DE CE SERVICE? | OUI 1 NON 2 | |
|-----|---|----------------------------|--|

| | | | |
|-----|-------------------------------|-------------------------------------|--|
| 104 | INDIQUEZ LE SEXE DE L'ENFANT. | MASCULIN 1 FEMININ 2 | |
|-----|-------------------------------|-------------------------------------|--|

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

| NO. | QUESTIONS / OBSERVATIONS | CODES |
|---------------------------|--|-------|
| HISTOIRE DU CLIENT | | |
| 105 | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI L'ACCOMPAGNATEUR A MENTIONNÉ QUE L'ENFANT A EU L'UN OU L'AUTRE DES SYMPTOMES PRINCIPAUX SUIVANTS | |
| 01 | fièvre | A |
| 02 | Toux ou respiration difficile (ex. une respiration rapide ou tirage sous-costal) | B |
| 03 | Diarrhée | C |
| 04 | Douleur ou écoulement à l'oreille | D |
| 05 | Aucun des symptômes ci-dessus | Y |
| 106 | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI L'ACCOMPAGNATEUR A MENTIONNÉ L'UN OU L'AUTRE DES SIGNES GÉNÉRAUX DE DANGER SUIVANTS | |
| 01 | Enfant est incapable de boire ou de téter | A |
| 02 | Enfant vomit tout | B |
| 03 | Enfant a eu des convulsions avec cette maladie | C |
| 03A | Enfant est léthargique ou inconscient | D |
| 04 | Aucun des signes ci-dessus | Y |
| 107 | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A ÉVALUÉ LES SYMPTOMES D'UNE SUSPICION D'UNE INFECTION PAR LE VIH EN DEMANDANT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSSES SUIVANTES: | |
| 01 | Le statut sérologique de la mère | A |
| 02 | Une tuberculose chez l'un des parents dans les 5 dernières années | B |
| 03 | Deux ou plusieurs épisodes de diarrhée chez l'enfant, 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 EXAMENS PHYSIQUES CI-APRÈS SUR L'ENFANT MALADE | |
| 01 | Pris la température de l'enfant en utilisant un thermomètre | A |
| 02 | Touché l'enfant pour sentir la chaleur du corps/fièvre | B |
| 03 | Compté le rythme respiratoire | C |
| 04 | Ausculté l'enfant (appliquer le stéthoscope sur 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 EN FAISANT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES: | |
| 01 | Offert à l'enfant quelque chose à boire ou demandé à la mère de mettre l'enfant au sein SI L'ENFANT BOIT OU PREND LE SEIN PENDANT LA VISITE, CECI COMPTE EN TANT QUE « OUI » | A |
| 02 | Interrogé sur les habitudes alimentaires ou pratiques normales lorsque l'enfant n'est pas malade | B |
| 03 | Interrogé sur les habitudes d' allaitement ou pratiques normales lorsque l'enfant n'est pas malade | C |
| 04 | Interrogé sur des pratiques alimentaires ou d'allaitement de l'enfant pendant cette maladie | D |
| 05 | Mentionné le poids ou la croissance de l'enfant à l'accompagnateur, ou discuté 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 CE DOCUMENT PEUT ÊTRE UNE CARTE DE VACCINATION OU AUTRE CARTE DE SANTÉ | H |
| 09 | A écrit sur la carte santé de l'enfant | I |
| 10 | Demandé si l'enfant a reçu un médicament de déparasitage dans les 6 derniers mois | J |
| 11 | Aucun des examens ci-dessus | Y |

CONSEILS A L'ACCOMPAGNATEUR

| | | |
|-----|---|---|
| 110 | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES | |
| 01 | Fourni des informations générales sur l'alimentation ou l'allaitement de l'enfant même lorsqu'il n'est pas malade | A |
| 02 | Dit à l'accompagnateur de donner des liquides supplémentaires à l'enfant pendant cette maladie | B |
| 03 | Dit à l'accompagnateur de continuer d'alimenter l'enfant pendant cette maladie | C |
| 04 | Dit à l'accompagnateur que l'enfant a telle maladie | D |
| 05 | Décrit les signes et/ou les symptômes pour lesquels l'enfant devrait être immédiatement ramené à 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 IMMÉDIAT 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 PRESTATAIRE, 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> | | |
| DIAGNOSTIC (OU SYMPTOME PRINCIPAL, SI AUCUN DIAGNOSTIC) | | |
| 201 | DESHYDRATATION | |
| | DESHYDRATATION SEVERE. 1 | |
| | DESHYDRATATION MODEREE. 2 | |
| | DESHYDRATATION LEGERE. 3 | |
| | AUCUN DES SYMPTOMES CI-DESSUS. 4 | |
| 202 | SYSTEME RESPIRATOIRE | |
| | 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 | SYSTEME DIGESTIF / INTESTINAL | |
| | DIARRHEE. A | |
| | DYSENTERIE (AUTRE QU' AMIBIASE). B | |
| | AMIBIASE. C | |
| | AUTRES DIAGNOSTICS DIGESTIFS / INTESTINAUX (PRECISEZ) X | |
| | AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. Y | |
| 204 | PALUDISME | |
| | PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR SYMPTOMES). 1 | |
| | PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR TEST MICROSC). 2 | |
| | PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR TEST RAPID) 3 | |
| | AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. 4 | |
| 205 | FIEVRE/ROUGEOLE | |
| | 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 | L'OREILLE | |
| | 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 | LA GORGE | |
| | DOULEUR DE LA GORGE 1 | |
| | AUTRE DIAGNOSTIC POUR GORGE (SPECIFIEZ) 2 | |
| | AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. 3 | |
| 208 | AUTRE DIAGNOSTIC | |
| | 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 | TRAITEMENT GENERAL | |
| 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 | RESPIRATOIRE | |
| 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 | PALUDISME | |
| 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 | DESHYDRATATION | |
| 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 | AUTRE TRAITEMENT& CONSEILS | |
| 01 | VITAMINE A (PEUT AUSSI ETRE POUR L'IMMUNISATION) | A |
| 02 | CONSOMMER DES ALIMENTS SOLIDES | B |
| 03 | PRENDRE DES LIQUIDES SUPPLEMENTAIRES | C |
| 04 | PRENDRE DU LAIT MATERNEL | D |
| 05 | PRESCRIT / DONNÉ 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 vacciné l'enfant au cours de cette visite ou référé l'enfant pour la vaccination aujourd'hui mise à part la Supplémentation en VITAMINE A? SI NON: POURQUOI ? | OUI, A VACCINE ENFANT..... 1 OUI, A REFERE 2 NE MANQUE PAS DE VACCIN A COMPLETE VACCINATIONS 3 VACCIN NON DISPONIBLE..... 4 ENFANT TROP MALADE..... 5 CE N'EST PAS LE JOUR DE LA VACCINATION 6 N'A PAS VERIFIE POUR LA VACCINATION 7 | |
| 217 | ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'OBSERVATION. | <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Commentaires de l'Observateur: | | | |

MEASURE DHS - EVALUATION DE LA PRESTATION DES SERVICES

OBSERVATION DE LA CONSULTATION PRENATALE (CPN)

1. Identification de l'Institution de Santé

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|--|
| TYPE DE QUESTIONNAIRE | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">O</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">C</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">P</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">N</td> </tr> </table> | O | C | P | N | |
| O | C | P | N | | | |
| Nom de la structure sanitaire: _____ | | | | | | |
| Localisation de la structure sanitaire: _____ | | | | | | |
| NUMERO DE LA STRUCTURE SANITAIRE | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | |
| NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE (DE LA LISTE DU PERSONNEL) | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | |
| CODE DE LA PATIENTE (DE LA LISTE DES CLIENTES DE CPN) | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | |

2. Information sur le Prestataire

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------|----|------------------------|----|---------------------|----|--|----|-------------------------------------|----|------------------------------------|----|--|----|--|----|-------------------------------------|----|---------------------------------------|----|--------------------------------------|----|---|----|---------------------|----|--------------------------------------|----|---------------------|----|-------------------|----|------------|----|---------------------------|----|----------------------|----|--------------------|----|---|----|--------------|----|-------------|--|--|--|--|
| <p><u>Catégorie de Prestataire:</u></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>MEDECIN GENERALISTE</td><td style="text-align: right;">01</td></tr> <tr><td>CHIRURGIEN GENERALISTE</td><td style="text-align: right;">02</td></tr> <tr><td>MEDECIN SPECIALISTE</td><td style="text-align: right;">03</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN SUPERIEUR EN ADMINISTRATION</td><td style="text-align: right;">04</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE</td><td style="text-align: right;">05</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE</td><td style="text-align: right;">06</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REANIMATION</td><td style="text-align: right;">07</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN SUPERIEUR EN KINESITHERAPIE</td><td style="text-align: right;">08</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE</td><td style="text-align: right;">09</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE</td><td style="text-align: right;">10</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPHTAMOLOGIE</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN SUPERIEUR EN GENIE SANITAIRE</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>INFIRMIER(E) D'ETAT</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>INFIRMIERÉ BREVETE / AGENT SANITAIRE</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>ASSISTANT INFIRMIER</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>SAGE-FEMME D'ETAT</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>BIOLOGISTE</td><td style="text-align: right;">20</td></tr> <tr><td>TECHNICIEN DE LABORATOIRE</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>TRAVAILLEURS SOCIAUX</td><td style="text-align: right;">22</td></tr> <tr><td>ASSISTANTS SOCIAUX</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (MATRONE, RELAIS, AIDE-INFIRMIER, PREVENTIONISTE, AGENT DE CROIX ROUGE, SECOURISTE, AIDE SOIGNANT, DEPOSITAIRE)</td><td style="text-align: right; vertical-align: bottom;">24</td></tr> <tr><td>AUTRES _____</td><td style="text-align: right;">96</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">(SPECIFIEZ)</td><td></td></tr> </table> | MEDECIN GENERALISTE | 01 | CHIRURGIEN GENERALISTE | 02 | MEDECIN SPECIALISTE | 03 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN ADMINISTRATION | 04 | TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE | 05 | TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE | 06 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REANIMATION | 07 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN KINESITHERAPIE | 08 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE | 09 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE | 10 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPHTAMOLOGIE | 11 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN GENIE SANITAIRE | 12 | INFIRMIER(E) D'ETAT | 13 | INFIRMIERÉ BREVETE / AGENT SANITAIRE | 14 | ASSISTANT INFIRMIER | 15 | SAGE-FEMME D'ETAT | 16 | BIOLOGISTE | 20 | TECHNICIEN DE LABORATOIRE | 21 | TRAVAILLEURS SOCIAUX | 22 | ASSISTANTS SOCIAUX | 23 | AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (MATRONE, RELAIS, AIDE-INFIRMIER, PREVENTIONISTE, AGENT DE CROIX ROUGE, SECOURISTE, AIDE SOIGNANT, DEPOSITAIRE) | 24 | AUTRES _____ | 96 | (SPECIFIEZ) | | <p>CATEGORIE PRESTATAIRE</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 40px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | |
| MEDECIN GENERALISTE | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CHIRURGIEN GENERALISTE | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDECIN SPECIALISTE | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TECHNICIEN SUPERIEUR EN ADMINISTRATION | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE | 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE | 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REANIMATION | 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TECHNICIEN SUPERIEUR EN KINESITHERAPIE | 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE | 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPHTAMOLOGIE | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TECHNICIEN SUPERIEUR EN GENIE SANITAIRE | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFIRMIER(E) D'ETAT | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFIRMIERÉ BREVETE / AGENT SANITAIRE | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASSISTANT INFIRMIER | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SAGE-FEMME D'ETAT | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BIOLOGISTE | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TECHNICIEN DE LABORATOIRE | 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRAVAILLEURS SOCIAUX | 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASSISTANTS SOCIAUX | 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (MATRONE, RELAIS, AIDE-INFIRMIER, PREVENTIONISTE, AGENT DE CROIX ROUGE, SECOURISTE, AIDE SOIGNANT, DEPOSITAIRE) | 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTRES _____ | 96 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (SPECIFIEZ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEXU DU PRESTATAIRE : (1=MASCULIN; 2=FEMININ) | SEXU DU PRESTATAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. Information sur l'Observation

| | |
|------------------------------|-------------|
| Date: | JOUR |
| Nom de l'observateur : _____ | MOIS |
| CODE DE L'OBSERVATEUR | ANNEE |

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

4. Observation de la Consultation Prénatale

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

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

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

| | | | | | | | |
|-----|--|---|-------|--|--|--|--|
| | <p>A LIRE A LA CLIENTE: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je suis (CATEGORIE PROFESSIONELLE) Je représente l'ANSD qui exécute une étude pour le Ministère de la Santé. 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, en vue de comprendre comment les services CPN 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 seront divulgués. Ainsi votre identité et n'importe quelle information sur vous demeureront complètement confidentielles.</p> <p>Sachez que si vous décidez de me permettre d'observer votre visite c'est de manière complètement volontaire et que vous acceptiez ou non de participer n'affectera pas les services que vous recevrez Si, à un moment quelconque, vous souhaitez que je quitte la salle de consultation, n'hésitez surtout pas à me le dire.</p> <p>Après la consultation, un de mes collègues souhaiterait parler avec vous au sujet de votre expérience aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser? Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> | | | | | | |
| | <p>_____ Signature de l'enquêteur (indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)</p> | | | | | | |
| 101 | ENREGISTREZ SI LA PERMISSION A ETE DONNEE PAR LA CLIENTE. | OUI 1 NON 2 | → FIN | | | | |
| 102 | ENREGISTREZ L'HEURE DE DEBUT DE L'OBSERVATION | <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | | |
| 103 | EST-CE LA PREMIERE OBSERVATION POUR CE PRESTATAIRE DE CE SERVICE? | OUI 1 NON 2 | | | | | |

| NO. | QUESTION / OBSERVATIONS | CODES |
|--|-------------------------|-------|
| <p>POUR CHACUN DES GROUPES SUIVANTS, ENCERCLEZ TOUTE ACTION PRISE PAR LE PRESTATAIRE OU PAR LA CLIENTE. SI AUCUNE ACTION DU GROUPE N'EST OBSERVEE, ENCERCLEZ "Y" POUR CHAQUE GROUPE A LA FIN DE DE L'OBSERVATION.</p> | | |

ANTECEDENTS DE LA CLIENTE

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

ASPECTS RELATIFS AUX GROSSESSES ANTERIEURES

| | | |
|------|--|---|
| X105 | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE OU LA CLIENTE A DISCUTE L'UN OU L'AUTRE DES ASPECTS SUIVANTS RELATIFS AUX GROSSESSES ANTERIEURES: | |
| 01 | Mort-nés antérieures | A |
| 02 | Enfants décédés au cours de la première semaine de vie | B |
| 03 | Enfants décédés au cours des 4 premières semaine de vie | C |
| 04 | Saignement intense, pendant ou après l'accouchement | D |
| 05 | Accouchement antérieur assisté (césarienne, ventouse, ou forceps) | E |
| 06 | Avortements spontanés antérieurs | F |
| 07 | Grossesses multiples antérieures | G |
| 08 | Travail prolongé antérieur | H |
| 09 | Hypertension gravidique antérieure | I |
| 10 | Convulsions liées à une grossesse antérieure | J |
| 11 | Fièvre élevée ou infection durant la(es) grossesse(s) antérieure(s) | K |
| 12 | Aucun des aspects ci-dessus | Y |

SIGNES DE DANGER DE LA GROSSESSE ACTUELLE

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

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

EXAMEN MEDICAL

| X107 | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A EXECUTE LES PROCEDURES SUIVANTES: | |
|------|--|---|
| 01 | Prendre la tension artérielle de la cliente | A |
| 02 | Peser la cliente | B |
| 03 | Examiner les conjonctives/paumes pour l'anémie | C |
| 04 | Examiner les jambes/pieds/mains pour l'œdème | D |
| 05 | Examiner les ganglions pour gonflement | E |
| 06 | Palper l'abdomen de la cliente pour connaître la position du fœtus | F |
| 07 | Palper l'abdomen de la cliente pour mesurer la hauteur de l'utérus | G |
| 08 | Auscultier l'abdomen de la cliente pour entendre les battements du cœur du fœtus | H |
| 09* | Consulter les résultats des tests et examen de routine faits récemment (échographie, groupe sanguin, test d'urine, etc...) | I |
| 10 | Examiner les seins de la cliente | J |
| 11 | Effectuer un examen vaginal/examen de la surface périnéale | K |
| 12 | Mesurer la hauteur utérine à l'aide du ruban metre | L |
| 13 | Verifier la taille de la cliente | M |
| 14 | Aucune des procédures ci-dessus | Y |

TESTS ET EXAMEN DE ROUTINE

| 108* | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A) A DEMANDE, B) A EFFECTUE, C) A REFERE LA CLIENTE POUR DES TESTS SUIVANTS | (A) PRESTATAIRE A DEMANDE | (B) PRESTATAIRE A EFFECTUE | (C) PRESTATAIRE A REFERE | (D) PAS ACTION PRISE |
|------|---|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| 01 | Test d'anémie | A | B | C | Y |
| 02 | Groupe sanguin | A | B | C | Y |
| 03 | Test d'urine | A | B | C | Y |
| 04 | Test de syphilis | A | B | C | Y |
| 05* | Test d'Emmel | A | B | C | Y |
| 06* | Test d'hépatite B | A | B | C | Y |
| 07* | Test de glycémie | A | B | C | Y |
| 08* | Test de toxoplasmose | A | B | C | Y |
| 09* | Echographie | A | B | C | Y |

CONSEIL ET DEPISTAGE DE VIH

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

MAINTIEN D'UNE GROSSESSE SAIN

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

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

PROPHYLAXIE DE FER

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

INJECTION DE VACCIN ANTI-TETANIQUE

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

DEPARASITAGE

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

PALUDISME

| | | |
|-----|--|---|
| 114 | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS OU CONSEILS SUIVANTS: | |
| 01 | A donné un médicament prophylactique antipaludéen (SP) à la cliente pendant la consultation | A |
| 02 | A prescrit des médicaments prophylactiques antipaludéens à la cliente à obtenir ailleurs | B |
| 03 | A expliqué l'objet du traitement préventif à l'aide des médicaments antipaludéens | C |
| 04 | A expliqué comment prendre des médicaments antipaludéens | D |
| 05 | A expliqué les effets secondaires possibles des médicaments antipaludéens | E |
| 06 | A donné une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) comme une partie de la consultation ou a instruit la cliente d'obtenir une MII ailleurs dans la structure | F |
| 07 | A clairement expliqué l'importance d'usage de moustiquaire imprégnée d'insecticide à la cliente | G |
| | OBSERVATION DIRECTE: | |
| 08 | La dose du TPI est prise au niveau de la structure sanitaire comme une partie de la consultation | H |
| 09 | L'importance de doses supplémentaires de TPI a été expliquée | I |
| 10 | Aucun des médicaments/conseils ci-dessus | Y |

PREPARATIFS A L'ACCOUCHEMENT

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

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

RECOMMANDATIONS POUR LE NOUVEAU-NE ET LE POST PARTUM

| | | |
|-----|--|---|
| 116 | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE DES CONSEILS AU SUJET DES SOINS DU NOUVEAU-NE OU SOINS POSTPARTUM DE L'UNE OU L'AUTRE FACON SUIVANTE: | |
| 01 | A discuté des soins du nouveau-né (chaleur, hygiène et soins du cordon) | A |
| 02 | A discuté de l'initiation précoce et prolongée de l'allaitement maternel | B |
| 03 | A discuté de l'allaitement exclusif au sein | C |
| 04 | A discuté de l'importance de la vaccination du nouveau-né | D |
| 05 | A discuté des options pour la planification familiale après l'accouchement | E |
| 06 | A discuté des soins post-nataux et de l'importance des soins post-nataux | F |
| 07 | Aucun des sujets ci-dessus | Y |

OBSERVATIONS D'ENSEMBLE SUR L'INTERACTION

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

QUESTIONS DESTINEES AU PRESTATAIRE DE CPN

| | | |
|--|---|---|
| DEMANDEZ AU PRESTATAIRE LES QUESTIONS SUIVANTES ET VERIFIER DANS LE REGISTRE DE CPN OU DANS LE CARNET DE CPN DE LA CLIENTE | | |
| 122 | A combien de semaines de grossesse est la cliente? | SEMAINES DE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 123 | Est-ce la 1ère, 2ème, 3ème, 4ème ou 5ème visite de la cliente pour des soins prénatals pour cette grossesse en cours dans cette institution? | PREMIERE VISITE. 1 DEUXIEME VISITE. 2 TROISIEME VISITE. 3 QUATRIEME VISITE. 4 CINQUIEME VISITE OU PLUS. 5 NE SAIT PAS. 8 |
| 124 | Est-ce que la cliente a eu une grossesse antérieure, quel que soit la durée ou le résultat de cette grossesse, ou est-ce sa première grossesse? | PREMIERE GROSSESSE. 1 PAS PREMIERE GROSSESSE. 2 NE SAIT PAS. 8 |
| 125 | VERIFIEZ Q123 PAS LA PREMIERE VISTE DE LA CLIENTE (REPONSE "1" PAS ENCERCLEE) <input type="checkbox"/> | PREMIERE VISITE DE LA CLIENTE (REPONSE "1" ENCERCLEE) <input type="checkbox"/> 127 ← |

| NO. | QUESTION / OBSERVATIONS | CODES |
|---------------------------------------|---|---|
| 126 | Quelle est la date de la précédente visite de CPN de la cliente pour cette grossesse? | JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS. 98 MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS. 98 ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS. 9998 |
| 127 | ENREGISTREZ LE TEMPS DE LA FIN DE L'OBSERVATION. | <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Commentaires de l'Observateur: | | |

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

INTERVIEW DES CLIENTES A LA SORTIE DES SOINS PRENATALS

IDENTIFICATION DE L'INSTITUTION DE SANTE

TYPE DE QUESTIONNAIRE

| | | | |
|---|---|---|---|
| S | C | P | N |
|---|---|---|---|

Nom de la structure sanitaire

Adresse de la structure sanitaire

NUMERO DE LA STRUCTURE

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE (DE LA LISTE DU PERSONNEL)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

CODE DE LA PATIENTE

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

INFORMATION SUR L'INTERVIEW

DATE:

JOUR

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

MOIS

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

ANNEE

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

Nom de l'enquêteur/trice: _____

CODE DE L'ENQUETEUR

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

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

| NO. | QUESTIONS | CODE | ALLEZ A | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------|------|-------|--|--|--|--|
| | <p>A LIRE A LA CLIENTE : Bonjour, je suis _____. Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) qui exécute une étude pour le ministère de la santé.</p> <p>Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des institutions de santé.</p> <p>Afin d'améliorer les services qu'offre cette structure, nous voudrions vous poser quelques questions sur la visite de consultation prénatale que vous venez d'effectuer.</p> <p>Sachez que la participation à cette entrevue est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevrez ultérieurement.</p> <p>Les informations de cette enquête peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date des services ne seront divulgués. Ainsi votre identité demeurera complètement confidentielle.</p> <p>Avez-vous des questions pour moi ? Ai-je votre permission pour continuer l'entrevue ?</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>Signature de l'Enquêteur (indique que le consentement du répondant a été demandé)</p> | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td>1</td> </tr> <tr> <td>JOUR</td><td>MOIS</td><td colspan="4">ANNEE</td> </tr> </table> | | | | | 2 | 0 | 1 | JOUR | MOIS | ANNEE | | | | |
| | | | | 2 | 0 | 1 | | | | | | | | | | |
| JOUR | MOIS | ANNEE | | | | | | | | | | | | | | |
| 100 | Puis-je commencer l'entrevue? | ACCEPTE 1 REFUS 2 | → FIN | | | | | | | | | | | | | |
| 101 | ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW..... | <input type="text"/> : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 102 | Avez-vous une carte/carnet de soins prénataux, ou une carte de vaccination sur vous? SI OUI: DEMANDEZ A VOIR LA CARTE/CARNET. | OUI 1 NON, CARNET RESTE DANS LA STRUCTURE 2 CARNET PAS UTILISE 3 | →106 | | | | | | | | | | | | | |
| 103 | VÉRIFIEZ LA CARTE/CARNET PRÉNATAL, OU CARTE DE VACCINATION. INDIQUEZ S'IL Y EST NOTE OU NON QUELQUE CHOSE QUI MONTRE QUE LA CLIENTE A REÇU LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE. | OUI, UNE FOIS 1 OUI, DEUX FOIS 2 OUI, TROIS FOIS OU PLUS 3 PAS D'INDICATION 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 104 | SELON LA CARTE/CARNET PRÉNATAL, DEPUIS COMBIEN DE SEMAINES EST-ELLE ENCEINTE? | # DES SEMAINES <input type="text"/> PAS DISPONIBLE 95 | | | | | | | | | | | | | | |
| 105 | EST-CE QUE LA CARTE /CARNET PRÉNATAL INDIQUE QUE LA CLIENTE A REÇU LE TPI SI OUI, INDIQUEZ LE NOMBRE DES DOSES | OUI, 1 DOSE 1 OUI, 2 DOSES 2 OUI, 3 DOSES 3 OUI, 4 DOSES 4 NO 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 106 | Avez-vous déjà été enceinte, quels que soient la durée ou l'aboutissement, ou bien c'est votre première grossesse? | PREMIERE GROSSESSE 1 PAS PREMIERE GROSSESSE 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 107 | Est-ce que c'est votre première visite prénatale dans cette structure pour cette grossesse? SI PAS PREMIERE VISITE, DEMANDER Combien de fois avez-vous visité cette structure pour cette grossesse? | PREMIERE VISITE 1 DEUXIEME VISITE 2 TROISIEME VISITE 3 QUATRIEME VISITE 4 PLUS DES 4 VISITES 5 | | | | | | | | | | | | | | |

| NO. | QUESTIONS | CODE | ALLEZ A |
|-----|---|---|---------|
| 108 | Durant cette visite, ou visites précédentes, le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit des comprimés /du sirop de fer ou acide folique ou les deux? MONTREZ A LA CLIENTE LES COMPRIMES DE FER, ACIDE FOLIQUE OU COMPRIME COMBINE. | OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8 | →112 |
| 109 | Durant cette visite ou lors des visites précédentes, le prestataire vous a-t-il expliqué comment prendre les comprimés /du sirop de fer? | OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8 | |
| 110 | Durant cette visite ou lors des visites précédentes, le prestataire vous a-t-il parlé des effets secondaires des comprimés /du sirop de fer? | OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8 | |
| 111 | Dites-moi SVP tous les effets secondaires que vous connaissez et qui sont liés à la prise des comprimés / du sirop de fer. INSISTER: QUOI D'AUTRES? | NAUSÉE..... A SELLES NOIRES..... B CONSTIPATION..... C AUTRE _____ X (SPECIFIER) NE SAIT PAS..... Z | |
| 112 | Durant cette visite ou lors de visites précédentes, le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit un antipaludique? MONTREZ LES COMPRIMES A BASE DE SP (SULFADOXINE/PYRIMETHAMINE) EX. FANSIDAR | OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8 | →114 |
| 113 | Vous a-t-on demandé d'avaler les comprimés dans la structure et en présence d'un prestataire? | OUI 1 NON 2 | |
| 114 | Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a conseillé d'utiliser une moustiquaire imprégnée d'insecticide | OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8 | |
| 115 | Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a donné une moustiquaire imprégnée d'insecticide gratuitement? | OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8 | →117 |
| 116 | Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a proposé d'acheter une moustiquaire imprégnée d'insecticide ou vous a recommandé un endroit pour l'acheter. | OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8 | |
| 117 | Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a parlé de la nutrition ou quelle nourriture vous devez manger pendant cette grossesse? | OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8 | |

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

| NO. | QUESTIONS | CODE | ALLEZ A |
|-----|--|---|---------|
| 125 | Avez-vous décidé où vous irez accoucher? SI OUI: INSISTEZ POUR SAVOIR SI ELLE VA ACCOUCHER DANS UNE STRUCTURE OU A DOMICILE | DANS CETTE INSTITUTION ... 1 DANS AUTRE INSTITUTION..... 2 A DOMICILE..... 3 CHEZ LA MATRONE. 4 AUTRE _____ 6 (SPECIFIER) NE SAIT PAS..... 8 | |
| 126 | Connaissez-vous les signes de danger de l'accouchement ou de l'après accouchement? SI OUI: Quels sont les signes que vous connaissez? | SAIGNEMENTS ABONDANTS...A FIEVRE..... B PLAIES GENITALES..... C AUCUN..... Y AUTRE _____ X (SPECIFIER) | |
| 127 | Durant cette visite ou lors de visites précédentes, est-ce que le prestataire a parlé de l'importance de l'allaitement exclusif ?—c'est-à-dire, de ne donner à votre bébé que du lait maternel ? | OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA 2 PRECEDENTE OUI, VISITE PRECEDENTE 3 SEULEMENT NON 4 NSP 8 | →129 |
| 128 | Pendant combien de mois le prestataire vous a conseillé d'allaiter exclusivement votre enfant au sein, c'est-à-dire, de ne donner à votre bébé ni liquide ni nourriture en plus de votre lait ? | ENTRE 4 A 6 MOIS 1 6 MOIS 2 AUTRE 6 NSP 8 | |
| 129 | Durant cette visite ou lors de visites précédentes, le prestataire vous a-t-il parlé de l'utilisation de la planification familiale après la naissance de votre bébé? | OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA 2 PRECEDENTE OUI, VISITE PRECEDENTE 3 SEULEMENT NON 4 NSP 8 | →201 |

2. Satisfaction Cliente

| NO. | QUESTIONS | CODE | ALLEZ A | | | | |
|--------------|---|---|------------|--------------|---------------|------------|------------|
| | Maintenant je vais vous poser quelques questions sur les services que vous avez reçus aujourd'hui. Je voudrais avoir votre avis sincère au sujet de choses à propos desquelles nous allons parler. Ces informations aideront à améliorer les services des consultations prénatales. | | | | | | |
| 201 | Combien de temps avez- vous attendu entre le moment de votre arrivée à ce service et le moment où vous avez pu voir le prestataire pour la consultation? | MINUTES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> A VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT 000 NE SAIT PAS 998 | | | | | |
| 202 | Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les clientes rencontrent dans les structures sanitaires. A chaque fois que je mentionne l'un d'entre eux, dites-moi SVP, s'il était un problème pour vous aujourd'hui; et si oui, s'il était un grand problème ou un problème mineur pour vous. | | | | | | |
| | | PAS DES PROBLE | | | | | |
| | | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><u>GRAND</u></td> <td style="border: none;"><u>MINEUR</u></td> <td style="border: none;"><u>MES</u></td> <td style="border: none;"><u>NSP</u></td> </tr> </table> | | <u>GRAND</u> | <u>MINEUR</u> | <u>MES</u> | <u>NSP</u> |
| <u>GRAND</u> | <u>MINEUR</u> | <u>MES</u> | <u>NSP</u> | | | | |
| 01 | Le temps d'attente | 1 | 2 | | | | |
| 02 | La capacité de discuter des problèmes ou des soucis concernant votre grossesse avec le prestataire | 1 | 2 | | | | |
| 03 | La quantité d'explications que vous avez reçue au sujet de votre grossesse ou autres problèmes. | 1 | 2 | | | | |
| 04 | L'intimité par rapport à d'autres qui vous voient en train d'être examinée | 1 | 2 | | | | |
| 05 | L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation | 1 | 2 | | | | |
| 06 | La disponibilité des médicaments dans la structure | 1 | 2 | | | | |
| 07 | Les heures de service dans cette la structure | 1 | 2 | | | | |
| 08 | Le nombre de jours de fonctionnement de services par semaine | 1 | 2 | | | | |
| 09 | La propreté de la structure sanitaire | 1 | 2 | | | | |
| 10 | Le comportement du personnel a vote egard | 1 | 2 | | | | |
| 11 | Le coût des services ou du traitement | 1 | 2 | | | | |
| 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 cette structure ? | OUI 1 NON 2 NSP 8 | | | | | |
| 204 | Vous a-t-on demandé, ou avez-vous payé quelque chose pour des services reçus aujourd'hui ? | OUI 1 NON 2 | → 206 | | | | |

| | | | |
|-----|---|---|----------------|
| 205 | Quel est le montant total que vous avez payé pour tous les services ou traitements que vous avez reçus dans cette structure aujourd'hui ? | SOMME TOTALE <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 allée à la structure la plus proche de chez vous ? SI LA CLIENTE MENTIONNE PLUSIEURS RAISONS, INSISTEZ POUR SAVOIR LA RAISON PRINCIPALE | HEURE DE FONCTIONNEMENT PAS COMMODE 01 MAUVAISE REPUTATION02 N'AIME PAS LE PERSONNEL 03 PAS DE MEDICAMENTS 04 PREFERE RESTER ANONYME05 C'EST PLUS CHER 06 REFERENCE 07 AUTRE 96 NSP98 | |
| 208 | En général, laquelle de ces affirmations décrivent le mieux votre opinion sur les services que vous avez reçu dans cette structure aujourd'hui LIRE TOUTES LES ATTESTATIONS ET EN CHOISIR UNE SEULE 01) JE SUIS TRES SATISFAITE DES SERVICES RECUS 1 02) JE SUIS PLUS OU MOINS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 2 03) JE NE SUIS PAS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 3 | | |
| 209 | Pouvez-vous recommander cette structure à un ami ou à un membre de famille? | OUI 1 NON 2 NSP 8 | |

3. Caractéristiques Personnelles de la Cliente

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

MEASURE *DHS* - 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 <u>sanitaire</u> : _____ Adresse de la structure <u>sanitaire</u> : _____ | TYPE DE QUESTIONNAIRE..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">X</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">E</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> </tr> </table> | X | E | M | | |
| X | E | M | | | | |
| NUMERO DE LA STRUCTURE SANITAIRE | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | |
| NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE (DE LA LISTE DU PERSONNEL)..... | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | |
| CODE DU (DE LA) CLIENT(E)..... | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | |

2. Informations Sur l'Interview

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

| 3. Informations sur la Visite | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---------|-------|---|---|--|---|---|---|------|--|------|--|-------|--|--|
| NO. | QUESTIONS | CODES | ALLER A | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>A LIRE A L'ACCOMPAGNATEUR: Bonjour, je suis _____. Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons le ministère de la santé et l'agence national 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 experience 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> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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> </tr> <tr> <td colspan="2">JOUR</td> <td colspan="2">MOIS</td> <td colspan="3">ANNEE</td> </tr> </table> <p>Signature de l'Enquêteur (indique que le consentement du répondant a été demandé)</p> | | | | | | | 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 _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGE DE L'ENFANT | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNES ET SYMPTOMES DE LA MALADIE ACTUELLE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 105 | [NOM] avait-il(elle) eu de la fièvre au cours de cette maladie ou a n'importe quel moment au cours des deux jours passés? | OUI 1 NON 2 NSP 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 106 | [NOM] a-t-il 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 | | |
| | | | | | |
| INFORMATION FOURNIE A L'ACCOMPAGNATEUR DE L'ENFANT | | | | | |
| 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 guérit 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 SYMPTÔME 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..... | A B C D E F G X Y | | |

| NO. | QUESTIONS | CODES | ALLER A |
|---|--|---|---------|
| | | NE SAIT PAS..... Z | |
| TRAITEMENT ET APTITUDE DE L'ACCOMPAGNATEUR A SUIVRE LES INSTRUCTIONS | | | |
| 119 | Le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit des médicaments pour [NOM] à prendre à la maison ? | OUI, A DONNE MEDICAMENTS... 1 OUI, A DONNE PRESCRIPTION... 2 A DONNE MEDICAMENTS ET PRESCRIPTION..... 3 NON..... 8 | → 124 |
| 120 | DEMANDEZ À VOIR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE L'ACCOMPAGNATEUR A REÇUS ET TOUT CE QUI EST SIMPLEMENT PRESCRIT SUR LES ORDONNANCES ET NON EXECUTE. ENCERCLEZ LA RÉPONSE DÉCRIVANT LES MÉDICAMENTS ET PRESCRIPTIONS QUE VOUS VOYEZ. | A TOUS LES MEDICAMENTS..... 1 A CERTAIN. MEDS, CERTAINES PRESCRIP. NON EXECUTEES.. 2 AUCUN MÉDICAMENT VU, DES PRESCRIP. SEULEMENT..... 3 | |
| 121 | Est-ce que le prestataire dans 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, combien vous allez donner à [NOM] de chacun de ces médicaments par jour ? SI CODE « 2 » OU « 8 » DITES À L'ACCOMPAGNATEUR DE RETOURNER VOIR LE PRESTATAIRE | OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8 | |
| 123 | Est-ce qu'une dose de l'un quelconque de ces médicaments a déjà été donnée à [NOM] ici même au service ? | OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8 | |
| 124 | Est-ce que [NOM] a reçu une injection aujourd'hui, ici même, pour traiter la maladie ? SI NON, VERIFIEZ LES PRESCRIPTIONS ET ENREGISTREZ S'IL Y A UNE PRESCRIPTION POUR UNE INJECTION. | OUI, RECU INJECTION..... 1 OUI, RECU PRESCRIPTION POUR INJECTION..... 2 NON..... 3 NE SAIT PAS..... 8 | |
| 125 | Est-ce que quelqu'un de la formation sanitaire a pesé [NOM] aujourd'hui ? | OUI..... 1 NON..... 2 | |
| 126 | Est-ce que quelqu'un vous a parlé aujourd'hui au sujet du poids de [NOM] et comment [NOM] se développe ? | OUI..... 1 NON..... 2 | |
| 127 | Est-ce qu'un prestataire vous a interrogé aujourd'hui au sujet des types de nourritures et des quantités que vous donnez normalement à [NOM] quand il n'est pas malade ? | OUI..... 1 NON..... 2 NE PEUT PAS SE RAPPELER.. 8 | |
| 128 | Qu'est-ce que le prestataire vous a dit au sujet des aliments solides à donner à [NOM] pendant cette maladie ? | DONNER MOINS QUE D'HAB.... 1 DONNER MEME QUE D'HAB..... 2 DONNER PLUS QUE D'HAB..... 3 NE RIEN DONNER/ NE PAS ALIMENTER..... 4 N'A RIEN DIT..... 6 PAS CERTAIN..... 8 | |
| 129 | Qu'est-ce que le prestataire vous a dit au sujet des liquides ou du lait maternel (si l'enfant est allaité) à donner à [NOM] pendant cette maladie ? | DONNER MOINS QUE D'HAB.... 1 DONNER MEME QUE D'HAB..... 2 DONNER PLUS QUE D'HAB..... 3 NE RIEN DONNER/ NE PAS ALIMENTER..... 4 N'A RIEN DIT..... 6 NE SAIT PAS..... 8 | |
| 130 | Est-ce que [Nom] a-t-il été vacciné aujourd'hui? | OUI, OBSERVE RAPPORTE, PAS VU 1 2 | |

| NO. | QUESTIONS | CODES | ALLER A |
|------------------|---|--|---------|
| | 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. | NON 3 NE SAIT PAS..... 8 | |
| REFERENCE | | | |
| 131 | Est-ce que le prestataire vous a demande d'amener [NOM] aupres d'un prestataire de sante ou dans un laboratoire pour un prelevement au doigt ou au talon? | OUI..... 1 NON..... 2 | → 134 |
| 132 | Avez-vous amene [NOM] aupres d'un prestataire de sante ou dans un laboratoire pour un prelevement au doigt ou au talon? | OUI..... 1 NON..... 2 | → 134 |
| 133 | Vous a t-on donne les resultats 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 | <p>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.</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 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"/> | |
| | | 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'ANONYMAT05 C'EST PLUS CHER 06 ETE REFERRE07 AUTRE..... 96 NSP98 | |
| 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 TRES SATISFAITE DES SERVICES RECUS 1 02) JE SUIS PLUS OU MOINS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 2 03) JE NE SUIS PAS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 3 | | |
| 209 | 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 l'accompagnateur

| 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. | | | |
| 301 | Quel est votre lien de parenté avec [NOM]? | MERE 1 PERE 2 FRERE/SŒUR..... 3 TANTE OU ONCLE..... 4 GRAND-MERE/GRAND-PERE 5 AUTRE 6 (SPECIFIER) | |
| 302 | Quel était votre âge à votre dernier anniversaire? | AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input 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 type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input 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 ! | | | |
| Commentaires de l'enquêteur: | | | |

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

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

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?

| | | | | | | |
|------|--|--|--|------|---|-------|
| | | | | 2 | 0 | 1 |
| JOUR | | | | MOIS | | ANNEE |

SIGNATURE DE L'ENQUETEUR INDIQUANT L'OBTENTION DU CONSENTEMENT _____

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--------------------------------|---|---------|--|---|--|--|--------|--|--|---------|--|--|
| 100 | Puis-je commencer l'interview? | OUI 1 NON 2 | → ARRET | | | | | | | | | | |
| 101 | HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW | <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="font-size: 10px;">:</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; 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 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'autres termes est-ce qu'il y a un endroit où les patients peuvent recevoir les services suivants: Services de santé peuvent être offerts par stratégie fixe ou avancée 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 | VERIFIEZ Q102.04 FOURNITURE DE SERVICE DE PLANNING FAMILIAL (PF) <input type="checkbox"/> | PAS DE FOURNITURE DE SERVICE DE PLANNING FAMILIAL (PF) <input type="checkbox"/> | → 213 |
| 212 | Est ce que les produits contraceptifs sont stockés dans le service de 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 | VERIFIEZ Q102.10 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 ANTI-TBC NON STOCKES 1 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 | |
| COMMUNICATION | | | |
| 310 | Est-ce que cette structure a une ligne téléphonique fixe 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 téléphone 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 téléphone 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 émetteur-radio à ondes courtes pour les appels radio? | OUI. 1 NON 2 | → 319 |
| 317 | Puis-je voir l'émetteur-radio à ondes courtes? | OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2 | |
| 318 | Est-ce qu'il est fonctionnel? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE | OUI. 1 NON 2 | |
| 319 | Est-ce que cette structure dispose d'un ordinateur ? | 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 pendant au moins 2 heures ? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE. | OUI. 1 NON 2 | |

SOURCES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU

| | | | | |
|--------------------------------|--|---|----|--|
| 330 | Quelle est actuellement la source habituelle d'approvisionnement en eau pour la structure? 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 | ROBINET DANS LE BATIMENT | 01 | <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 10px;">→ 332</div> <div style="margin-bottom: 10px;">→ 332</div> <div style="margin-bottom: 10px;">→ 332</div> <div style="margin-bottom: 10px;">→ 340</div> </div> |
| | | 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 | 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? UNE REPONSE RAPPORTEE EST ACCEPTABLE | AU SEIN DE LA STRUCTURE | 1 | |
| | | A 500M DE LA STRUCTURE | 2 | |
| | | AU DELA DE 500M DE LA STRUCTURE | 3 | |
| 332 | 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? | OUI | 1 | |
| | | NON | 2 | |

APPROVISIONNEMENT EN ELECTRICITE

| | | | | |
|-----|---|--|---|-------|
| 340 | Est-ce que cette structure est connectée à l'électricité centrale? | OUI | 1 | → 342 |
| | | NON | 2 | |
| | | NSP | 8 | |
| 341 | 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? CONSIDERER QUE L'ELECTRICITE EST TOUJOURS DISPONIBLE S'IL Y A EU A UN MOMENT UNE COUPURE DE MOINS DE 2 HEURES. | TOUJOURS DISPONIBLE | 1 | |
| | | COUPURES PARFOIS > 2HR! | 2 | |
| | | NSP | 8 | |
| 342 | Est-ce que cette structure dispose d'autres sources d'approvisionnement en électricité, comme un générateur ou un système solaire? | OUI | 1 | → 344 |
| | | NON | 2 | |
| 343 | Quelle autre source d'électricité possède cette structure? SONDER ET ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE | GENERATEUR AVEC CARBURANT | A | |
| | | GENERATEUR AVEC BATTERIE | B | |
| | | SYSTÈME SOLAIRE | C | |
| 344 | VERIFIEZ Q343 GENERATEUR UTILISE (SOIT "A" OU "B" ENCERCLE) <input type="checkbox"/> | GENERATEUR PAS UTILISE (NI "A" NI "B" ENCERCLE) <input type="checkbox"/> | | → 350 |
| | | | | |
| 345 | Es-ce que le générateur est fonctionnel? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE DONNEE PAR UN REpondant BIEN INFORME. | OUI | 1 | → 350 |
| | | NON | 2 | |
| | | NSP | 8 | |
| 346 | Est-ce qu'il y a aujourd'hui du carburant (ou une batterie chargée) disponible pour le générateur? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE DONNEE PAR UN REpondant BIEN INFORME. | 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 2 | |
| 365 | Quelle est la procédure appliquée si un patient ne peut pas payer un des frais médicaux en rapport avec les prestations de services fournies dans cette structure? ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR AVOIR LA REPONSE 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 autre personne est plus indiquée pour fournir des informations sur le financement, n'hésitez pas à l'inviter à venir nous rejoindre ou à me référer vers elle.</p> <p>ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR CHAQUE REPONSE. [la liste sera adaptée au pays]</p> | 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 P F ORGANISME DONATEUR/ONG..... G CONFESIONNEL..... H PROGRAMMES COMMUNAUAIRES..... I AUTRE..... X | |
|-----|---|--|--|

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

LES PERSONNELS

| | | | |
|-----|---|-------------------------|----------------------|
| 400 | Veuillez me dire SVP, combien de personnels il y a dans chacune des catégories professionnelles qui sont en service dans cette structure à temps plein ou à temps partiel et qui sont soit engagés par cette structure ou affectée dans cette structure. Nous sommes intéressés de connaître la classification technique la plus élevée de chaque personne en tant infirmier (e) ou médecins) indépendamment des tâches qui lui sont attribuées. Pour chaque médecin, je voudrais savoir combien sont à temps partiel dans cette établissement. | | |
| | | (a) | (b) |
| | CATEGORIES PROFESSIONNELLES | 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 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 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>régulièrement</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 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 déterminer les opinions des patients à propos de la structure elle-même ou de ses services? | OUI. 1 NON 2 | →440 |
| 431 | Veillez me dire les méthodes qui sont utilisées pour connaître les opinions des patients. ENCERCLER TOUTES LES METHODES MENTIONNEES ET SONDER: PAS D'AUTRES METHODES? | BOITE A IDEES. A QUESTIONNAIRE. B GUIDE D'ENTRETIEN. C REUNION OFFICIELLE LEADERS COMMUNAUTAIRES. D DISCUSSION INFORMELLES AVEC PATIENTS OU COMMUNAUTE. E EMAIL. F SITE WEB DE LA STRUCTURE. G COURRIERS DES PATIENTS/COMMUNITE... H AUTRE X NSP. Z | →440 |
| 432 | Est-ce qu'il y a une procédure d'examen ou de présentation des opinions des patients? | OUI 1 NON 2 NSP. 8 | → 440 |
| 433 | Puis-je voir le rapport ou le formulaire sur lequel les données ont été compilées ou la discussion rapportée. | OBSERVE. 1 RAPPORTE, PAS VU. 2 | |

ASSURANCE QUALITE

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

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

TRANSPORT DES URGENCES

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

SYSTEMES DE GESTION DES INFORMATIONS SANITAIRES

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

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

STATISTIQUES SANITAIRES

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

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

SECTION 5: TRAITEMENT DES EQUIPEMENTS POUR LA REUTILISATION

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

| | | | | | | | |
|-----|---|---|------------------|-------------|---|--|--------------------|
| 500 | VERIFIEZ Q201 EST-CE QUE LES EQUIPEMENTS SONT STERILISES DANS CETTE STRUCTURE? OUI (CODES 1 OU 2 ENCERCLES) <input type="checkbox"/> | NON (CODE 3 ENCERCLE) <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ← | | | | | |
| 501 | DEMANDER SI LES ELEMENTS CI-DESSOUS SONT UTILISES DANS LA STRUCTURE ET S'ILS SONT DISPONIBLE. S'ILS SONT DISPONIBLE, DEMANDER A LES VOIR. DEMANDER S'ILS SONT FONCTIONNELS OU PAS. PAR EXEMPLE: "Est-ce que vous utilisez [METHODE] dans la structure ?" SI OUI, DEMANDER: "Puis-je la voir?" ET ENSUITE "Est-ce que c'est fonctionnel?" | | | | | | |
| | 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: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | MINUTES <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" 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 finale 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>ATTENTION!</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 ENCERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE"</p> | <p>COMBUSTION DANS INCINERATEUR : FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) A 2 COMPARTIME 02 UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. 03</p> <p>COMBUSTION A CIEL OUVERT SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 04 DANS TROU OU SOL PROTEGE. 05</p> <p>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION 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>ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. 10 STOCKAGE DANS UN AUTRE ENVIRONNEMENT PROTEGE. 11 STOCKAGE NON PROTEGE 12</p> <p>AUTRE _____ 96 (SPECIFIER)</p> <p>IL N'Y A JAMAIS DE DECHETS D'OBJETS TRANCHANTS 95</p> | |
| 601 | <p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des déchets pour les déchets autres que les déchets tranchants, par exemple les pansements utilisés.</p> <p>Quelle est la méthode finale utilisée dans cette structure pour l'élimination des déchets médicaux autres que les boîtes d'objets tranchants ?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p>ATTENTION!</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 ENCERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE"</p> | <p>MEME METHODE QUE POUR LES OBJETS TRANCHANTS</p> <p>COMBUSTION DANS UN INCINERATEUR: FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) A 2 COMPARTIMB2 UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. 03</p> <p>COMBUSTION A CIEL OUVERT SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. 04 DANS TROU OU SOL PROTEGE. 05</p> <p>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION 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>ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. 10 STOCKAGE DANS UN ENVIRONNEMENT PROTEGE. 11 STOCKAGE NON PROTEGE. 12</p> <p>AUTRE _____ 96 (SPECIFIER)</p> <p>IL N'Y A JAMAIS D'AUTRES DECHETS MEDICAUX. 95</p> | |
| 602 | <p>VERIFIEZ Q600 ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/> OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> (TOUT CODE AUTRE QUE "95"ENCERCLE)</p> | <p>PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/> NI ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> (CODE "95" ENCERCLE)</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 DECHETSTRANCHANTS 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, ENCRECLER '8'.</p> | <p>PAS DE DECHETS VISIBLES. 1 DECHETS VISIBLES MAIS ZONE PROTEGEE 2 DECHETS VISIBLES, NON PROTEGE 3 DECHARGE PAS INSPECTEE 8</p> | |
| 604 | <p>VERIFIEZ Q601. ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/> OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> (TOUT CODE AUTRE QUE "95"ENCERCLE)</p> | <p>PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/> NI ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> (CODE "95" ENCERCLE)</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. DECHETS VISIBLES, NON PROTEGE 3 SI LES DECHETS MEDICAUX SONT ELIMINES EN DEHOR 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, ENCRECLER '8'.</p> | <p>PAS DE DECHETS VISIBLES. 1 DECHETS VISIBLES MAIS ZONE PROTEGEE 2 DECHETS VISIBLES, NON PROTEGE 3 DECHARGE PAS INSPECTEE 8</p> | |

| | | | |
|-----|---|--|-----|
| 606 | VERIFIEZ Q600 ET Q601 UTILISATION D' INCINERATEUR (SOIT "2"OU "3" ENCERCLE) | INCINERATEUR NON UTILISE (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 REpondant INFORME | OUI 1 NON 2 NSP 8 | 610 |
| 609 | Est-ce que le carburant est disponible aujourd'hui? ACCEPTER UNE 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 | |
|-----|--|--|--|

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

MATERIELS ET EQUIPEMENTS DE BASE

| 700 | Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles aujourd'hui dans le principal service et s'ils sont fonctionnels. DEMANDER A VOIR LE MATERIEL. | (A) DISPONIBLE | | | (B) FUNCTIONNEL | | |
|-----|--|----------------|-----------------|----------------|-----------------|-----|-----|
| | | 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 PLU DES PRESTATIONS DE SERVICES SONT FOURNIES AU PATIENTS. OBSERVER LES CONDITIONS DANS LESQUELLES LES CONSULTATIO FONT. INDIQUER SI LES ELEMENTS SUIVANTS SONT DISPONIBLES DANS LA SALLE OU L'ENDROIT. DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L 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 <u>sont protégés contre le soleil et la pluie?</u> | 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 | VERIFIEZ Q102.17 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 1 → b 2 | (B) DOCUMENT DE RESULTATS DE TEST OBSERVÉ OUI NON 1 2 |
| 03 | Test du paludisme | | |
| 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

| | | |
|-----|--|--|
| 900 | VERIFIEZ Q210 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 antibiotiques suivants sont disponibles aujourd'hui dans cette structure de santé? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME) | (A) OBSERVÉ DISPONIBLE | | (B) NON OBSERVÉ | | |
|-----|---|------------------------|----------------------|-------------------|---------------|----------------------------|
| | | AU MOINS UN VALIDE | DISPONIBLE AUCUN VAL | DISPONIBLE PAS VU | RAPPORTÉ /NSP | PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI |
| 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 infestations vermineuses 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 DISPONIB 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 médicaments 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 DISPONIB 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 santé maternelle 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 |
| 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 | VITAMIINE A 200.000 UI | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | VITAMIINE 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 AUTRES médicaments 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 DISPONIB AUJOURD'HUI /NSP | JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE |
| 01 | PARACETAMOL COMPRIMES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 02 | PARACETAMOL SIROP | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 03 | VITAMINE C | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

CONDITIONS DE STOCKAGE: ANTIBIOTIQUES & MEDICAMENTS GENERAUX

| | | | |
|-----|--|---|-----|
| 909 | OBSERVER L'ENDROIT OÙ LES MEDICAMENTS QUI ÉTÉ EVALUÉS SONT STOCKÉS ET INDIQUER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE)DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES. | OUI | NON |
| 01 | EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT AU-DESSUS DU SOL? | 1 | 2 |
| 02 | EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITE? | 1 | 2 |
| 03 | EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DE LA CHALEUR? | 1 | 2 |
| 04 | EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)? | 1 | 2 |
| 05 | EST-CE QUE LA PIECE DE STOCKAGE EST BIEN AÉREÉ? | 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 | 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 AUTRE SYSTÈME _____ 6 (SPECIFIER) | |

MATERIELS

| 912 | Est-ce que les matériels suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure? | OBSERVÉ | RAPPORTÉ, PAS VU | PAS DISPONIBLE |
|-----|---|---------|------------------|----------------|
| 04 | GANTS EN LATEX | 1 | 2 | 3 |
| 05 | LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL | 1 | 2 | 3 |
| 06 | SAVON POUR LAVAGE DES MAINS | 1 | 2 | 3 |
| 07 | SOLUTION ANTISEPTIQUE | 1 | 2 | 3 |
| 08 | MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES | 1 | 2 | 3 |

SECTION 9.2: PRODUITS CONTRACEPTIFS

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

CONDITIONS DE STOCKAGE DES PRODUITS CONTRACEPTIFS

| | | | |
|-----|---|---|----|
| 922 | OBSERVER L'ENDROIT OU LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT STOCKÉS 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 AÉRÉE? | 1 | 2 |
| 923 | EST-CE QUE LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT ENTREPOSÉS SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a être perimé", le premier a sortir)? | OUI, TOUS LES PRODUITS. 1 NON, PAS TOUS LES PRODUITS. 2 NON. 3 | |
| 924 | Quel est le système mis en place dans cette structure pour gérer les quantités de produits contraceptifs reçues, les quantités distribuées, et les quantités restantes aujourd'hui? | SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNE 1 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK MIS À 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 6 (SPECIFIER) | |

SERVICES DE SANTE INFANTILE

SECTION 10: VACCINATION DES ENFANTS (Strategies avancees)

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

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. | | |
| | <p>SERVICE DE VACCINATION INFANTILE (STRATEGIE AVANCEE:Point de Vaccination) (UTILISER MOIS 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS)</p> | (a) | (b) |
| | | # DE JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE | # DE JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE |
| 01 | Nombre de jours de vaccination organisee)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 |

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

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

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

| | | | | | | | |
|------|---|--|--|------------------------------------|-----|-----|-----|
| 1101 | S'il vous plait, dites-moi le nombre de jours par mois où les services de suivi de la croissance sont fournis dans cette 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 <input type="text"/> <input type="text"/> | # DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | |
| 1102 | Est-ce que les directives pour le suivi de la croissance de l'enfant sont disponibles aujourd'hui dans ce service? | OUI 1 NON..... 2 | → 1104 | | | | |
| 1103 | Puis-je les voir? | OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2 | | | | | |
| 1104 | Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir. | (A) DISPONIBLE | | (B) FONCTIONNEL | | | |
| | | OBSERVÉ | RAPPORTÉ PAS VU | PAS DISPONIBLE | OUI | NON | NSP |
| 01 | PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 250g) | 1 → b | 2 → b | 3 02 ← <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 |
| 02 | PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 100g) | 1 → b | 2 → b | 3 03 ← <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 |
| 03 | TOISE | 1 → b | 2 → b | 3 04 ← <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 8 |
| 04 | 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 | VERIFIEZ Q102.03 SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/> | PAS DE SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/> | SECTION/SERVICE SUIVANT(E) <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 | Veillez 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 | Veillez 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 prestati aux enfants de moins de 5 ans? | OUI. 1 NON 2 | | | |
| 1204 | Est-ce que les directives de la PCIME Communautaire pour le diag gestion 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 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 ACTIVITÉ, DEMANDER : Est-ce que [ACTIVITE QUE VOUS N'AVEZ PAS VUE] est faite systématiquement pour tous les enfants malades ? | ACTIVITÉ OBSERVÉE | ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE | ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACNSP SYSTEMATIQ | |
| 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? | | | 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</p> <p>PAS VISITE AVANT 31</p> | SECTION SUIVANTE/SERVICE | | |
| 1251 | <p>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.</p> | OBSERVÉ | RAPPORTÉ PAS VU | PAS DISPONIBLE | |
| 01 | EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET) | 1 | 2 | 3 | |
| 02 | SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE) | 1 | 2 | 3 | |
| 03 | LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL | 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 INTIMITÉ</p> <p style="padding-left: 20px;">AUDITIVE ET VISUELLE..... 2</p> <p style="padding-left: 20px;">INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT..... 3</p> <p style="padding-left: 20px;">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 | VERIFIEZ Q102.04 | Fourniture de services pour la PF <input type="checkbox"/> PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ← |
|------|-------------------------|--|

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

| | | | | |
|------|--|---|--------------------------------|-----|
| 1301 | Combien de jours par mois les services de PF sont-ils offerts dans cette structure? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS | NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> | | |
| 1302 | Est-ce que cette structure fournit (c'est-à-dire, stocke les produits ou bien prescrit, conseille ou réfère les clientes pour l'un 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 |
| 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 | VERIFIEZ Q.102.05 | SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> | PAS DE SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> |
| | | ↓ | ← |
| 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? Strategies avancees UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS | NOMBRE DE JOURS | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> |
| 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 prénataux, 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 | RAPPORTEE 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 ITERMITTENT DU PALUDISME | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

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 | VERIFIEZ Q102.07 FOUNITURE 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'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 systématiquement les pratiques suivantes, qui concernent le postpartum ou les nouveaux-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 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 Tétracycline dans les deux yeux | 1 | 2 | 8 | | |
| 10 | Donner un bain complet (plonger le nouveau-né dans de l'eau) peu après (c'est-à-dire dans les minutes/heures) après la naissance | 1 | 2 | 8 | | |
| 11 | Donner au nouveau-né le colostrum | 1 | 2 | 8 | | |
| 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 | STANDARD PRECAUTIONS AND CONDITIONS FOR CLIENT EXAMINATION | 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 | VERIFIEZ Q102.08: 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"/> | |
| 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'affichage 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 | |

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 | 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.

| SUPPORTS VISUELS POUR LA SENSIBILISATION DES PATIENTS: | | 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 | INFORMATIONS QUE LE PATIENT EMPORTE AVEC LUI | 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'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.

SECTION 19: TUBERCULOSE

| | | | |
|---|---|---|-------|
| 1900 | VERIFIEZ Q102.10 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'ENQUETE OU VOUS ETES ACTUELLEMENT. | | | |

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

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

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 | <input type="checkbox"/> PF | | |
|---|--|--|---|--|---|---|
| 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"/> | | | | |
| 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, REFEREE:2, RIEN VU:8) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| COMMENTAIRES DE L'ENQUETEUR | | | | | | |

PROMOTION DE LA CROISSANCE

| Code de la structure: | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | QRE TYPE | C | R | O | |
|--|--|---|--|---|---|---|
| Code de l'Enqueteur | <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | |
| NO. | QUESTIONS | CODES | ALLER A | | | |
| 101 | Est-ce que des enfants ont ete vus pour le suivi de la de la croissance pendant les 30 derniers jours dans cette case de Sante? | OUI 1 NON 2 | → FIN DE LA REVUE DU REGISTRE/CAHIER/DOCUMENTS | | | |
| 102 | Quel est le nombre total d'enfants qui ont ete vus pour le suivi de la croissance dans cette case de sante pendant les 30 derniers jours? | NOMBRE TOTAL D'ENFANTS: | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |
| 103 | Est-ce que les registres et documents de la promotion de la croissance 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 REGISTRES ET DOCUMENTS POUR RECEUILLIR ET COMPLETER LES INFORMATIONS DEMANDEES CI-DESSOUS. SI LES INFORMATIONS NE SONT PAS DISPONIBLES, INSCRIRE '9999'. INSCRIRE LES DONNEES DE LA PROMOTION DE LA CROISSANCE SUR LES 5 DERNIERS ENFANTS QUI ONT ETE VUS. | | | | | | |
| PROMOTION DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT | | ENFANT 1 | ENFANT 2 | ENFANT 3 | ENFANT4 | ENFANT 5 |
| 104 | SEXE (MASCULIN : 1, FEMININ : 2, RIEN VU:8) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 105 | AGE DE L'ENFANT EM MOIS | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 106 | POIDS ATTENDU (EN Kg OU EN GRAMME)EX.3Kg500gr ecrire 03,50 OU 3500 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 107 | POIDS ACTUEL (EN Kg OU EN GRAMME)EX.3Kg500gr ecrire 03,50 OU 3500 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 108 | ETAT NUTRITIONEL (ROUGE:1, JAUNE :2, VERT:3, RIEN VU:8) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 109 | GAIN EN POIDS/ PERTE EN POIDS (EN Kg OU EN GRAMME)EX.3Kg500gr ecrire 03,50 OU 3500 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 110 | ENGAGEMENTS DE LA MERE (TOTAL:1, PARTIEL:2, PAS DU TOUT:3, RIEN VU:8) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 111 | OBSERVATIONS (CONSEIL:1, SUPPLEMENT:2, REFER:3, RIEN VU:8) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| COMMENTAIRES DE L'ENQUETEUR | | | | | | |

CONSULTATION GENERALE

| Code de la structure: | <input type="text"/> | QRE TYPE | | GEN | | |
|--|--|--|----------------------|--|----------------------|----------------------|
| Code de l'Enqueteur | <input type="text"/> | | | | | |
| NO. | QUESTIONS | CODES | ALLER A | | | |
| 101 | Est-ce que des enfants de moins de 5 ans ont ete vus pendant les 30 derniers jours dans cette case de Sante? | OUI 1 NON 2 | | → FIN DE LA REVUE DU REGISTRE/CAHIER/DOCUMENTS | | |
| 102 | Quel est le nombre total d'enfants de moins de 5 ans qui ont ete vus dans cette case de sante pendant les 30 derniers jours? | NOMBRE TOTAL DE PATIENTS: <input type="text"/> | | | | |
| 103 | Est-ce que les registres et documents de consultations generales qui ont ete faits pendant les 30 derniers jours dans cette case de Sante sont disponibles ? | OUI 1 NON 2 | | → FIN DE LA REVUE DU REGISTRE | | |
| DEMANDER A VOIR LES REGISTRES ET DOCUMENTS POUR RECEUILLIR ET COMPLETER LES INFORMATIONS DEMANDEES CI-DESSOUS. SI LES INFORMATION NE SONT PAS DISPONIBLES, INSCRIRE '9998'. INSCRIRE LES DONNEES DES CONSULTATIONS GENERALES SUR LES 5 DERNIERS ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS QUI ONT ETE VUS. | | | | | | |
| REGISTRE DE CONSULTATION GENERALE | | PATIENT1 | PATIENT 2 | PATIENT 3 | PATIENT 4 | PATIENT 5 |
| 104 | SEXE (MASCULIN : 1, FEMININ : 2, RIEN VU:8) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 105 | POIDS (EN KILOGRAMME, EX. 3Kg500 ecrire 03,50) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 106 | AGE (EN MOIS) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| SIGNES ET PLAINTES | | | | | | |
| 107 | FIEVRE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 108 | DIARRHEE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 109 | TOUX (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 110 | RESPIRATION RAPIDE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 111 | ECOULEMENT DU NEZ (OUI:1, NON:2, RIEN VU: 8) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 112 | SIGNES DE GRAVITE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8) (CONVULSION, VOMISSEMENTS INCOERSIFS, LETHARGIE,FIEVRE >39 DEGRE, RESPIRATION RAPIDE) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 113 | TEMPERATURE(en Degré Celcius ex. 39degré 50 ecrire 39,50) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Code de la structure:

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

QRE
TYPE

GEN

Code de l'Enqueteur

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| NO. | QUESTIONS | CODES | ALLER A | |
|------------------------------------|--|-------|---------|--|
| 114 | AUTRES SIGNES: (PRECISER) | | | |
| TRAITEMENT/CONDUITE A TENIR | | | | |
| 115 | TDR (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8) | | | |
| 116 | TDR (POSITIF:1, NEGATIF:2,RIEN VU:8) | | | |
| 117 | ACT (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8) | | | |
| 118 | ANTIBIOTIQUE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8) | | | |
| 119 | ZINC (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8) | | | |
| 120 | SRO/SSS (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8) | | | |
| 121 | REFERE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8) | | | |
| 122 | AUTRES : (A PRECISER) | | | |
| COMMENTAIRES DE L'ENQUETEUR | | | | |

REGISTRE DE MATERNITE

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

STAFF LISTING FORM

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

FACILITY NUMBER

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

INTERVIEWER CODE

LIST ALL CLINICAL STAFF / PROVIDERS WHO ARE PRESENT TODAY IN THIS FACILITY. COMPILER THIS LIST AS THE TEAM MOVES FROM ONE SERVICE AREA OR DEPARTMENT TO ANOTHER OBTAINING INFORMATION ON THE SERVICES THAT THE FACILITY PROVIDES AND FOR WHICH INVENTORY SECTIONS ARE BEING COMPLETED, AND/OR FOR WHICH CLIENT-PROVIDER OBSERVATIONS ARE BEING DONE. WRITE THE HEALTH WORKER'S QUALIFICATION CODE IN THE APPROPRIATE COLUMN. ALSO PUT CHECK MARKS IN THE APPROPRIATE COLUMNS TO INDICATE THE SERVICE THAT THE PROVIDER PROVIDES IN THE FACILITY. FINALLY, PUT A CHECK MARK TO INDICATE IF THE PROVIDER WAS INTERVIEWED FOR ANY SECTION OF THE INVENTORY QUESTIONNAIRE, AND/OR IF THE PROVIDER WAS SELECTED AND INTERVIEWED WITH THE INDIVIDUAL HEALTH WORKER QUESTIONNAIRE.

| PROV SERIAL NUMBER | PROVIDER FIRST NAME OR INITIALS | PROVIDER QUALIF'N CODE | SERVICES PROVIDED IN FACILITY | | | | | | | | | | | | | INTERVIEWED | | | | | | |
|--------------------|---------------------------------|------------------------|-------------------------------|----------------------------|------------------|---------|----|-----|-----|----------------|------|----------|--------------|--------------|---------|--------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----|-----|--|--|
| | | | PRESCRIBE ART | HIV COUNSELING AND TESTING | HIV/AIDS RELATED | MALARIA | TB | STI | NCD | ANTENATAL CARE | PMCT | DELIVERY | FAM PLANNING | CHILD HEALTH | SURGERY | CONDUCT LABORATORY TESTS | OTHER CLIENT SERVICES | PUT CHECK MARK IF INTERVIEW CONDUCTED | YES | YES | | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|----|---------------------------|----|-----------------------------------|----|---------------------------------------|
| 01 | GENERALIST MEDICAL DOCTOR | 07 | MIDWIFERY PROFESSIONAL | 13 | LABORATORY SCIENTIST |
| 02 | SPECIALIST MEDICAL DOCTOR | 08 | DEGREE MIDWIFE | 14 | LABORATORY TECHNOLOGIST |
| 03 | NON-PHYSICIAN CLINICIAN | 09 | ENROLLED NURSE / ENROLLED MIDWIFE | 15 | LABORATORY TECHNICIAN/ASSISTANT |
| 04 | ANESTHETIST | 10 | PHARMACIST | 95 | NURSE AIDE/NO TECHNICAL QUALIFICATION |
| 05 | NURSING PROFESSIONAL | 11 | PHARMACY TECHNOLOGIST | 96 | OTHER |
| 06 | DEGREE NURSE | 12 | PHARMACY TECHNICIAN/ASSISTANT | | |

STAFF LISTING FORM

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

FACILITY NUMBER

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

INTERVIEWER CODE

LIST ALL CLINICAL STAFF / PROVIDERS WHO ARE PRESENT TODAY IN THIS FACILITY. COMPLETE THIS LIST AS THE TEAM MOVES FROM ONE SERVICE AREA OR DEPARTMENT TO ANOTHER OBTAINING INFORMATION ON THE SERVICES THAT THE FACILITY PROVIDES AND FOR WHICH INVENTORY SECTIONS ARE BEING COMPLETED, AND/OR FOR WHICH CLIENT-PROVIDER OBSERVATIONS ARE BEING DONE. WRITE THE HEALTH WORKER'S QUALIFICATION CODE IN THE APPROPRIATE COLUMN. ALSO PUT CHECK MARKS IN THE APPROPRIATE COLUMNS TO INDICATE THE SERVICE THAT THE PROVIDER PROVIDES IN THE FACILITY. FINALLY, PUT A CHECK MARK TO INDICATE IF THE PROVIDER WAS INTERVIEWED FOR ANY SECTION OF THE INVENTORY QUESTIONNAIRE, AND/OR IF THE PROVIDER WAS SELECTED AND INTERVIEWED WITH THE INDIVIDUAL HEALTH WORKER QUESTIONNAIRE.

| PROV SERIAL NUMBER | PROVIDER FIRST NAME OR INITIALS | PROVIDER QUALIF'N CODE | SERVICES PROVIDED IN FACILITY | | | | | | | | | | | INTERVIEWED | | | | | | |
|--------------------|---------------------------------|------------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------|---------|----|-----|-----|-----|-------|----------|--------------|--------------|---------|--------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----|-----|
| | | | PRESCRIBE ART | HIV COUNSELING AND TESTING | DIAGNOSIS/TREATMENT | | | | | ANC | PMTCT | DELIVERY | FAM PLANNING | CHILD HEALTH | SURGERY | CONDUCT LABORATORY TESTS | OTHER CLIENT SERVICES | PUT CHECK MARK IF INTERVIEW CONDUCTED | YES | YES |
| | | | | | HIV/AIDS RELATED | MALARIA | TB | STI | NCD | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|----|---------------------------|----|-----------------------------------|----|---------------------------------------|
| 01 | GENERALIST MEDICAL DOCTOR | 07 | MIDWIFERY PROFESSIONAL | 13 | LABORATORY SCIENTIST |
| 02 | SPECIALIST MEDICAL DOCTOR | 08 | DEGREE MIDWIFE | 14 | LABORATORY TECHNOLOGIST |
| 03 | NON-PHYSICIAN CLINICIAN | 09 | ENROLLED NURSE / ENROLLED MIDWIFE | 15 | LABORATORY TECHNICIAN/ASSISTANT |
| 04 | ANESTHETIST | 10 | PHARMACIST | 95 | NURSE AIDE/NO TECHNICAL QUALIFICATION |
| 05 | NURSING PROFESSIONAL | 11 | PHARMACY TECHNOLOGIST | 96 | OTHER |
| 06 | DEGREE NURSE | 12 | PHARMACY TECHNICIAN/ASSISTANT | | |

STAFF LISTING FORM

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | |
|-----------------|------------------|
| FACILITY NUMBER | INTERVIEWER CODE |
|-----------------|------------------|

LIST ALL CLINICAL STAFF / PROVIDERS WHO ARE PRESENT TODAY IN THIS FACILITY. COMPLETE THIS LIST AS THE TEAM MOVES FROM ONE SERVICE AREA OR DEPARTMENT TO ANOTHER OBTAINING INFORMATION ON THE SERVICES THAT THE FACILITY PROVIDES AND FOR WHICH INVENTORY SECTIONS ARE BEING COMPLETED, AND/OR FOR WHICH CLIENT-PROVIDER OBSERVATIONS ARE BEING DONE. WRITE THE HEALTH WORKER'S QUALIFICATION CODE IN THE APPROPRIATE COLUMN. ALSO PUT CHECK MARKS IN THE APPROPRIATE COLUMNS TO INDICATE THE SERVICE THAT THE PROVIDER PROVIDES IN THE FACILITY. FINALLY, PUT A CHECK MARK TO INDICATE IF THE PROVIDER WAS INTERVIEWED FOR ANY SECTION OF THE INVENTORY QUESTIONNAIRE, AND/OR IF THE PROVIDER WAS SELECTED AND INTERVIEWED WITH THE INDIVIDUAL HEALTH WORKER QUESTIONNAIRE.

| PROV SERIAL NUMBER | PROVIDER FIRST NAME OR INITIALS | PROVIDER QUALIF'N CODE | SERVICES PROVIDED IN FACILITY | | | | | | | | | | | | | | INTERVIEWED | | |
|--------------------|---------------------------------|------------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------|---------|----|-----|-----|-------|----------|--------------|--------------|---------|--------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----|-----|
| | | | PRESCRIBE ART | HIV COUNSELING AND TESTING | DIAGNOSIS/TREATMENT | | | | ANC | PMTCT | DELIVERY | FAM PLANNING | CHILD HEALTH | SURGERY | CONDUCT LABORATORY TESTS | OTHER CLIENT SERVICES | PUT CHECK MARK IF INTERVIEW CONDUCTED | YES | YES |
| | | | | | HIV/AIDS RELATED | MALARIA | TB | STI | | | | | | | | | | | |
| 41 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 43 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 44 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 46 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 47 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 51 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 52 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 53 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 54 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 56 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 57 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 58 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 59 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|----|---------------------------|----|-----------------------------------|----|---------------------------------------|
| 01 | GENERALIST MEDICAL DOCTOR | 07 | MIDWIFERY PROFESSIONAL | 13 | LABORATORY SCIENTIST |
| 02 | SPECIALIST MEDICAL DOCTOR | 08 | DEGREE MIDWIFE | 14 | LABORATORY TECHNOLOGIST |
| 03 | NON-PHYSICIAN CLINICIAN | 09 | ENROLLED NURSE / ENROLLED MIDWIFE | 15 | LABORATORY TECHNICIAN/ASSISTANT |
| 04 | ANESTHETIST | 10 | PHARMACIST | 95 | NURSE AIDE/NO TECHNICAL QUALIFICATION |
| 05 | NURSING PROFESSIONAL | 11 | PHARMACY TECHNOLOGIST | 96 | OTHER |
| 06 | DEGREE NURSE | 12 | PHARMACY TECHNICIAN/ASSISTANT | | |

STAFF LISTING FORM

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

FACILITY NUMBER

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

INTERVIEWER CODE

LIST ALL CLINICAL STAFF / PROVIDERS WHO ARE PRESENT TODAY IN THIS FACILITY. COMPLETE THIS LIST AS THE TEAM MOVES FROM ONE SERVICE AREA OR DEPARTMENT TO ANOTHER OBTAINING INFORMATION ON THE SERVICES THAT THE FACILITY PROVIDES AND FOR WHICH INVENTORY SECTIONS ARE BEING COMPLETED, AND/OR FOR WHICH CLIENT-PROVIDER OBSERVATIONS ARE BEING DONE. WRITE THE HEALTH WORKER'S QUALIFICATION CODE IN THE APPROPRIATE COLUMN. ALSO PUT CHECK MARKS IN THE APPROPRIATE COLUMNS TO INDICATE THE SERVICE THAT THE PROVIDER PROVIDES IN THE FACILITY. FINALLY, PUT A CHECK MARK TO INDICATE IF THE PROVIDER WAS INTERVIEWED FOR ANY SECTION OF THE INVENTORY QUESTIONNAIRE, AND/OR IF THE PROVIDER WAS SELECTED AND INTERVIEWED WITH THE INDIVIDUAL HEALTH WORKER QUESTIONNAIRE.

| PROV SERIAL NUMBER | PROVIDER FIRST NAME OR INITIALS | PROVIDER QUALIF'N CODE | SERVICES PROVIDED IN FACILITY | | | | | | | | | | | | INTERVIEWED | | | | |
|--------------------|---------------------------------|------------------------|-------------------------------|----------------------------|------------------|---------|---------------------|-----|-------|----------|--------------|--------------|---------|--------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----|-----|--|
| | | | PRESCRIBE ART | HIV COUNSELING AND TESTING | HIV/AIDS RELATED | MALARIA | DIAGNOSIS/TREATMENT | ANC | PMTCT | DELIVERY | FAM PLANNING | CHILD HEALTH | SURGERY | CONDUCT LABORATORY TESTS | OTHER CLIENT SERVICES | PUT CHECK MARK IF INTERVIEW CONDUCTED | YES | YES | |
| 61 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 62 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 63 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 64 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 65 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 66 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 68 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 69 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 70 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 71 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 72 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 73 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 74 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 75 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 76 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 77 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 78 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 79 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- | | | | | | |
|----|---------------------------|----|-----------------------------------|----|---------------------------------------|
| 01 | GENERALIST MEDICAL DOCTOR | 07 | MIDWIFERY PROFESSIONAL | 13 | LABORATORY SCIENTIST |
| 02 | SPECIALIST MEDICAL DOCTOR | 08 | DEGREE MIDWIFE | 14 | LABORATORY TECHNOLOGIST |
| 03 | NON-PHYSICIAN CLINICIAN | 09 | ENROLLED NURSE / ENROLLED MIDWIFE | 15 | LABORATORY TECHNICIAN/ASSISTANT |
| 04 | ANESTHETIST | 10 | PHARMACIST | 95 | NURSE AIDE/NO TECHNICAL QUALIFICATION |
| 05 | NURSING PROFESSIONAL | 11 | PHARMACY TECHNOLOGIST | 96 | OTHER _____ |
| 06 | DEGREE NURSE | 12 | PHARMACY TECHNICIAN/ASSISTANT | | |

LISTE DU PERSONNEL

CODE STRUCTURE

NOMBRE TOTAL DES PRESTATAIRES LISTES

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 POULESCULES 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. AJUSSIMARQUEZ DANS LA COLONNE APPROPRIEE POUR INDICQUER LE SERVICE QUE LE PRESTATAIRE FOURNIT DANS LA STRUCTURE. ENFIN, MARQUEZ POUR INDICQUER 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 POUR L'INVENTAIRE | CHOISI POUR INTERVIEW DU PRESTATAIRE | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|---------------------------|---------------------|----------------------|--|--|--|-----|----------|--------------|------------------------------|--------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----|----|----|
| | | | PRESCRIT TAR | COUNSELING ET TEST DU VIH | RELATIF AU VIH/SIDA | DIAGNOSTIC/TRAIEMENT | | | | CPN | PTME TCV | ACCOUCHEMENT | | | PLANING FAMILIA | SANTE INFANTILE | PETITE CHIRURGIE | FAIT DES TESTS DE LABO | AUTRES SERVICES DU CLIENT | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 11 | 11 |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | 12 |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 13 | 13 |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 14 | 14 |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 15 | 15 |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 16 | 16 |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 17 | 17 |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 18 | 18 |

| | | | | | |
|----|--|----|---|----|---|
| 01 | MEDECIN GENERALISTE | 10 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE | 19 | ASSISTANT EN PHARMACIE |
| 02 | CHIRURGIEN GENERALISTE | 11 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPTAMOLOGIE | 20 | BIOLOGISTE |
| 03 | MEDECIN SPECIALISTE | 12 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN GENIE SANITAIRE | 21 | TECHNICIEN DE LABORATOIRE |
| 04 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN ADMINISTRATION | 13 | INFIRMIER(E) D'ETAT | 22 | TRAVAILLEURS SOCIAUX |
| 05 | TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE | 14 | INFIRMIER(E) BREVETE/ AGENT SANITAIRE | 23 | ASSISTANTS SOCIAUX |
| 06 | TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE | 15 | ASSISTANT INFIRMIER | 24 | AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE |
| 07 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REANIMATION | 16 | SAGE-FEMME D'ETAT | | (MATRONE, RELAIS, AIDE-INFIRMIER, |
| 08 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN KINESITHERAPIE | 17 | PHARMACIEN | | PREVENTIONISTE, AGENT DE CROIX ROUGE, |
| 09 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE | 18 | PREPARATEUR EN PHARMACIE | 96 | SECOURISTE, AIDE SOIGNANT, DEPOSITAIRE) |
| | | | | | AUTRE |

LISTE DU PERSONNEL

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

CODE STRUCTURE

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

NOMBRE TOTAL DES PRESTATAIRES LISTES

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

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 INDICHER LE SERVICE QUE LE PRESTATAIRE FOURNIT DANS LA STRUCTURE. ENFIN, MARQUEZ POUR INDICHER 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 QUALIFIN PRESTATAIRE | SERVICES FOURNIS DANS LA STRUCTURE | | | | | | | | | | | INTERVIEWE POUR L'INVENTAIRE | CHOISI POUR INTERVIEW DU PRESTATAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|---------------------------|------------------------|-----------|----|-----|-----|--------|--------------|-----------------|-----------------|------------------------------|--------------------------------------|------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | PRESCRIT TAR | COUNSELING ET TEST DU VIH | DIAGNOSTIC/TRAIITEMENT | | | | CPN | PMETCV | ACCOUCHEMENT | PLANING FAMILIA | SANTE INFANTILE | | | PETITE CHIRURGIE | FAIT DES TESTS DE LABO | AUTRES SERVICES DU CLIENT | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | RELATIF AU VIH/SIDA | PALUDISME | TB | IST | | | | | | | | | | | MALADIES NON TRANSMISSIBLES | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 19 | 19 | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 20 | 20 | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 21 | 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 22 | 22 | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23 | 23 | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 24 | 24 | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25 | 25 | | |
| 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 26 | 26 | |
| 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 27 | 27 |

| | | | | | |
|----|--|----|---|----|---|
| 01 | MEDECIN GENERALISTE | 10 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE | 19 | ASSISTANT EN PHARMACIE |
| 02 | CHIRURGIEN GENERALISTE | 11 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPTAMOLOGIE | 20 | BIOLOGISTE |
| 03 | MEDECIN SPECIALISTE | 12 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN GENIE SANITAIRE | 21 | TECHNICIEN DE LABORATOIRE |
| 04 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN ADMINISTRATION | 13 | INFIRMIER(E) D'ETAT | 22 | TRAVAILLEURS SOCIAUX |
| 05 | TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE | 14 | INFIRMIER(E) BREVETE/ AGENT SANITAIRE | 23 | ASSISTANTS SOCIAUX |
| 06 | TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE | 15 | ASSISTANT INFIRMIER | 24 | AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE |
| 07 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REANIMATION | 16 | SAGE-FEMME D'ETAT | | (MATRONE, RELAIS, AIDE-INFIRMIER, |
| 08 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN KINESITHERAPIE | 17 | PHARMACIEN | | PREVENTIONISTE, AGENT DE CROIX ROUGE, |
| 09 | TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE | 18 | PREPARATEUR EN PHARMACIE | | SECOURISTE, AIDE SOIGNANT, DEPOSITAIRE) |
| | | | | 96 | AUTRE |

Liste des clientes de Consultation Périnatale pour l'Observation/Interview de sortie

Date

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

JOUR MOIS ANNEE CODE DE LA STRUCTURE

S'IL Y A PLUS DE 25 CLIENTES , INDIQUEZ SIMPLEMENT LE NOMBRE TOTAL DE PREMIERE VISITE AINSI QUE LE NOMBRE TOTAL DES VISITE DE SUIVIE

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | NOM | PREMIERE VISITE | VISITE DE SUIVIE |
|-----|-----|-----------------|------------------|
| 301 | | | |
| 302 | | | |
| 303 | | | |
| 304 | | | |
| 305 | | | |
| 306 | | | |
| 307 | | | |
| 308 | | | |
| 309 | | | |
| 310 | | | |
| 311 | | | |
| 312 | | | |
| 313 | | | |
| 314 | | | |
| 315 | | | |
| 316 | | | |
| 317 | | | |
| 318 | | | |
| 319 | | | |
| 320 | | | |
| 321 | | | |
| 322 | | | |
| 323 | | | |
| 324 | | | |
| 325 | | | |

Liste des clients Enfant Malade et Accompagnateur pour l'Observation/Interview de sortie

Date

| | | | | | | | |
|------|--|------|--|-------|--|--|--|
| | | | | | | | |
| JOUR | | MOIS | | ANNEE | | | |

| | | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| CODE DE LA STRUCTURE | | | | | |

S'IL Y A PLUS DE 25 CLIENTS , INDIQUEZ SIMPLEMENT LE NOMBRE TOTAL DE PREMIERE VISITE AINSI QUE LE NOMBRE TOTAL DES VISITE DE SUIVIE

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | NOM | PREMIERE VISITE | VISITE DE SUIVIE |
|-----|-----|-----------------|------------------|
| 201 | | | |
| 202 | | | |
| 203 | | | |
| 204 | | | |
| 205 | | | |
| 206 | | | |
| 207 | | | |
| 208 | | | |
| 209 | | | |
| 210 | | | |
| 211 | | | |
| 212 | | | |
| 213 | | | |
| 214 | | | |
| 215 | | | |
| 216 | | | |
| 217 | | | |
| 218 | | | |
| 219 | | | |
| 220 | | | |
| 221 | | | |
| 222 | | | |
| 223 | | | |
| 224 | | | |
| 225 | | | |

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE DE SANTE

DATE:

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

JOUR MOIS ANNEE

CODE ENQUETEUR:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

001 NOM OFFICIEL DE LA STRUCTURE SANITAIRE _____

002 LOCALISATION DE LA STRUCTURE (COMMUNE / COMUNNAUTE RURALE) _____

003 REGION/PROVINCE _____

004 DISTRICT SANITAIRE _____

004A* ARRONDISSEMENT _____

004B* VILLAGE _____

005 CODE DE LA STRUCTURE

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

- 006 TYPE DE STRUCTURE SANITAIRE
- HOPITAL 01
 - CENTRE DE SANTE 02
 - POSTE DE SANTE 03
 - CASE DE SANTE 04

- 007 AUTORITE DE GESTION (SECTEUR/ PROPRIETE)
- PUBLIQUE 1
 - ONG/PRIVE SANS BUT LUCRATIF 2
 - PRIVE 3
 - PRIVE CONFESIONNEL 4

- 008 URBAIN/RURAL
- URBAIN 1
 - RURAL 2

COORDONNEES DE LA STRUCTURE

NUMERO DE TELEPHONE DE LA STRUCTURE: _____

NUMERO DE FAX DE LA STRUCTURE: _____

ADRESSE E-MAIL DE LA STRUCTURE: _____

CONTACT 1 NOM, QUALIFICATION ET TITRE: _____

NUMERO DE TELEPHONE: _____

E-MAIL: _____

CONTACT 2 NOM, QUALIFICATION ET TITRE: _____

NUMERO DE TELEPHONE: _____

E-MAIL: _____

CONTACT 3 NOM, QUALIFICATION ET TITRE: _____

NUMERO DE TELEPHONE: _____

E-MAIL: _____

COORDONNEES GPS DE LA STRUCTURE SANITAIRE

RECOPIER LES DONNEES GPS DE LA TABLETTE ICI, DES LA COLLECTE A L'AIDE DE LA CLE USB GPS DONGLE

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

PRENEZ LES COORDONNEES GPS A L'AIDE DE L'APPAREIL GPS MANUEL EN SUIVANT LES ETAPES SUIVANTES:

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

| | |
|---|---|
| <p>013A NOM DU WAYPOINT (CODE DE LA STRUCTURE)</p> <p>013B HAUTEUR</p> <p>013C LATITUDE</p> | <p>NOM WAYPOINT <input type="text"/></p> <p>HAUTEUR <input type="text"/></p> <p>N/S a <input type="text"/></p> <p>DEGRES/DECIM b <input type="text"/> <input type="text"/> . c <input type="text"/></p> |
| <p>013D LONGITUDE</p> | <p>E/O a <input type="text"/></p> <p>DEGRES/DECIM b <input type="text"/> <input type="text"/> . c <input type="text"/></p> |

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

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

