

QUESTIONNAIRE D'INVENTAIRE DE LA FORMATION SANITAIRE

IDENTIFICATION DE LA FORMATION SANITAIRE

Nom de la FOSA _____ Localisation de la FOSA _____ Code de la FOSA Type de la FOSA : (1= Hôpital de référence, 2 = Hôpital de district; 3 = Centre de Santé, 4 = Dispensaire, 6 = Autre) Province District sanitaire Commune Statut de la FOSA : (1=Public ; 2=Agrée ; 3=Privé ; 96=Autre)	CODE FOSA <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> TYPE FOSA <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> PROVINCE..... <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> DISTRICT <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> COMMUNE <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> STATUT FOSA..... <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>												

Lecture GPS Lecture Longitude Altitude Waypoint	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">N/S</td> <td style="text-align: center;">Degrés</td> <td style="text-align: center;">Minutes</td> <td style="text-align: center;">Millièmes</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></td> <td style="text-align: center;"><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></td> <td style="text-align: center;"><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></td> <td style="text-align: center;"><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></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">E/O</td> <td style="text-align: center;">Degrés</td> <td style="text-align: center;">Minutes</td> <td style="text-align: center;">Millièmes</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></td> <td style="text-align: center;"><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></td> <td style="text-align: center;"><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></td> <td style="text-align: center;"><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></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td style="text-align: center;"><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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Mètres</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"><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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></td> </tr> </table>	N/S	Degrés	Minutes	Millièmes	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<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>			<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>			<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>				E/O	Degrés	Minutes	Millièmes	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<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>			<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>			<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>							<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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Mètres						<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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
N/S	Degrés	Minutes	Millièmes																																																		
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<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>			<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>			<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>																																													
E/O	Degrés	Minutes	Millièmes																																																		
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		<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>			<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>			<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>																																													
			<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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Mètres																																																		
<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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																																					

Position de la personne interviewée : (1=Directeur/Titulaire de la FOSA ; 2=Médecin ; 3=Infirmier ; 4=Auxiliaire de santé ; 6=Autre) Date Nom de l'enquêteur _____	POSITION INTERVIEWEE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 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;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> CODE 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>											

RÉSUMÉ DES QUESTIONNAIRES CONCERNANT L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ Nombre de Interviews du personnel Observations de la consultation de l'enfant malade Interviews de sortie de la personne qui s'occupe de l'enfant malade Observations des soins prénatals Interviews de sortie pour les patientes ayant reçu les soins prénatals	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> OBSERV. ENF. MALADE..... <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> SORTIE ENFANT MALADE... <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> OBSERV.PRENATAL..... <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> SORTIE PRENATAL <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>										

HEURE DE DÉBUT DE L'INTERVIEW	HEURE <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> MINUTES <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>				

TROUVER L'AGENT TITULAIRE OU LA PERSONNE AYANT LA POSITION LA PLUS ÉLEVÉE PRÉSENTE DANS L'ÉTABLISSEMENT. DIRE LA PRÉSENTATION SUIVANTE :
 Bonjour. Je représente le Ministère de la Santé. Nous effectuons une enquête sur les établissements de santé qui fournissent des services aux femmes et aux enfants dans le but de trouver des moyens pour améliorer ces services. Nous aimerions parler avec vous de cet établissement et de votre expérience dans un service de santé. Soyez certain que nous ne relèverons aucun nom; vous pouvez interrompre cette interview quand vous le souhaitez.

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR _____ DATE

(indique que le consentement du répondant a été demandé)

001a	Puis-je continuer?	OUI.....1	→ FIN
		NON2	

Section 0. Interview/ Observation dès l'arrivée

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER À																																																									
001b	À QUELLE HEURE L'ÉTABLISSEMENT A-T-IL OUVERT?	HEURE..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> TOUTES LES 24 HEURES.....24 NE SAIT PAS.....98	→ 004																																																									
002	À QUELLE HEURE LE PREMIER PATIENT EST-IL ARRIVÉ?	HEURE..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....98																																																										
003	À QUELLE HEURE LE PREMIER PATIENT-A T-IL ÉTÉ VU?	HEURE..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....98																																																										
004	Combien de jours par semaine, cet établissement est-il ouvert pour des consultations? (les patients de l'extérieur sont ceux qui viennent pour des soins préventifs ou ceux qui sont malades mais qui repartent chez eux le même jour)	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS.....8																																																										
005	EST-CE QU'IL Y A DES AFFICHES POUR LES SUJETS SUIVANTS?	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">OUI</th> <th rowspan="2">PAS D'AFFICHE</th> </tr> <tr> <th>EXTERIEUR SEULEMENT</th> <th>INTERIEUR SEULEMENT</th> <th>LES DEUX</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PLANIFICATION FAMILIALE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>b) SOINS PRÉNATALS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>c) ASSISTANCE À L'ACCOUCHEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>d) SOINS POSTNATALS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>e) TRO/DIARRHÉE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>f) VACCINATIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>g) NUTRITION</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>h) ALLAITEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>li IST</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>j) VIH/SIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	OUI			PAS D'AFFICHE	EXTERIEUR SEULEMENT	INTERIEUR SEULEMENT	LES DEUX	a) PLANIFICATION FAMILIALE	1	2	3	4	b) SOINS PRÉNATALS	1	2	3	4	c) ASSISTANCE À L'ACCOUCHEMENT	1	2	3	4	d) SOINS POSTNATALS	1	2	3	4	e) TRO/DIARRHÉE	1	2	3	4	f) VACCINATIONS	1	2	3	4	g) NUTRITION	1	2	3	4	h) ALLAITEMENT	1	2	3	4	li IST	1	2	3	4	j) VIH/SIDA	1	2	3	4	
OUI			PAS D'AFFICHE																																																									
EXTERIEUR SEULEMENT	INTERIEUR SEULEMENT	LES DEUX																																																										
a) PLANIFICATION FAMILIALE	1	2	3	4																																																								
b) SOINS PRÉNATALS	1	2	3	4																																																								
c) ASSISTANCE À L'ACCOUCHEMENT	1	2	3	4																																																								
d) SOINS POSTNATALS	1	2	3	4																																																								
e) TRO/DIARRHÉE	1	2	3	4																																																								
f) VACCINATIONS	1	2	3	4																																																								
g) NUTRITION	1	2	3	4																																																								
h) ALLAITEMENT	1	2	3	4																																																								
li IST	1	2	3	4																																																								
j) VIH/SIDA	1	2	3	4																																																								

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER À																																																																								
006	À quelle heure l'établissement est-il fermé pour les consultations extérieures?	HEURES MINUTES OUVERT 24H/24.....95 NE SAIT PAS98																																																																									
Section 1: Informations Générales																																																																											
101	En quelle année cet établissement a-t-il ouvert? INSISTER: depuis combien d'années cet établissement fonctionne-t-il?	ANNÉE D'OUVERTURE.....1 NBRE ANNÉES2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS9998																																																																									
102	Est-ce que cet établissement dispose d'un agent de santé professionnel présent dans la structure tout le temps (24 heures sur 24)?	OUI1 NON2	→ 104																																																																								
103	Est-ce que cet établissement a un agent de santé professionnel disponible à l'appel, tout le temps après les heures normales de service ?	OUI.....1 NON2																																																																									
104	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le personnel qui fournit les services qui nous intéressent dans le cadre de cette étude. Nous voudrions savoir les qualifications et l'effectif du personnel affecté de manière permanente aux services de consultation externe. Si quelqu'un est médecin ou infirmier spécialisé, nous voulons savoir quelle est sa qualification de base . Pour le personnel qui intervient dans plusieurs domaines, la réponse est « Plus d'une ». Compter chaque agent une seule fois dans le tableau ci-dessous:																																																																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>QUALIFICATION</th> <th>SOINS INFANTILES</th> <th>PF</th> <th>SOINS PRENAT.</th> <th>ACOUCHEMENTS</th> <th>IST/VIH/SIDA</th> <th>PLUS D'UNE</th> <th>AUTRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) MÉDECIN-SPECIALISTE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) MÉDECIN-GENERALISTE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) INFIRMIER A1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d) INFIRMIER A2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e) INFIRMIER A3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>f) AUXILIAIRE DE SANTÉ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>g) AUTRE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>h) TOTAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	QUALIFICATION	SOINS INFANTILES	PF	SOINS PRENAT.	ACOUCHEMENTS	IST/VIH/SIDA	PLUS D'UNE	AUTRE	a) MÉDECIN-SPECIALISTE								b) MÉDECIN-GENERALISTE								c) INFIRMIER A1								d) INFIRMIER A2								e) INFIRMIER A3								f) AUXILIAIRE DE SANTÉ								g) AUTRE								h) TOTAL									
QUALIFICATION	SOINS INFANTILES	PF	SOINS PRENAT.	ACOUCHEMENTS	IST/VIH/SIDA	PLUS D'UNE	AUTRE																																																																				
a) MÉDECIN-SPECIALISTE																																																																											
b) MÉDECIN-GENERALISTE																																																																											
c) INFIRMIER A1																																																																											
d) INFIRMIER A2																																																																											
e) INFIRMIER A3																																																																											
f) AUXILIAIRE DE SANTÉ																																																																											
g) AUTRE																																																																											
h) TOTAL																																																																											
104a	ENQUÊTEUR: AJOUTER LES TOTAUX PARTIELS ET DEMANDER AU REpondANT SI LE TOTAL GENERAL EST CORRECTE.	TOTAL PERSONNEL DE LA FOSA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																									
105	Avez-vous une estimation de la population de la zone de rayonnement de cette structure c'est-à-dire la taille de la population qui vit dans la zone desservie par cet établissement? SI OUI: quelle est la population de la zone?	POPULATION ZONE DE RAYONNEMENT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N'A PAS DE ZONE DE RAYONNEMENT99995 NE SAIT PAS.....99998																																																																									
NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER À																																																																								

				A
106	Est-ce que cet établissement admet des patients pour hospitalisation?	OUI 1 NON 2		→108
107	Est-ce que cet établissement a des lits pour les patients placés sous observation durant la nuit?	OUI 1 NON 2		→111
108	Combien y-a-t-il de lits disponibles pour les patients hospitalisés dans cet établissement?	NOMBRE ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 998		
109	Combien de patients ont été hospitalisés ou placés sous observation durant la nuit, au cours des 12 derniers mois?	NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 9998		
110	Si la période à laquelle se réfère le nombre de patients est inférieure à 12 mois, indiquez le nombre de mois concerné.	MOIS DES DONNEES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98		
111	Combien de patients non hospitalisés ont été vus dans cet établissement le mois dernier?	NOMBRE ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 9998		
112	Cet établissement a-t-il un programme de stratégie avancée? (c'est-à-dire quand le personnel de l'établissement visite régulièrement les villages ou cellule pour offrir des services)	OUI 1 NON 2		→115
113	Est-ce que ce programme de stratégie avancée comprend des activités en matière de :	OUI	NON	NE SAIT PAS
	a) ÉDUCATION OU CONSEILS ?	1	2	8
	b) TRAITEMENT DES ENFANTS MALADES?	1	2	8
	c) CONSEIL EN PLANIFICATION FAMILIALE OU PROVISION?	1	2	8
	d) VACCINATIONS?	1	2	8
	e) DÉPISTAGE DE GROSSESSES PRÉCOCES ET ADMISSION EN SOINS PRÉNATALS ?	1	2	8
	f) ACCOUCHEMENT?	1	2	8
	g) VISITES À DOMICILE ?	1	2	8
	h) DISTRIBUTION DE COMPRIMÉS DE FER/FOLATES?	1	2	8
	i) SOINS POSTPARTUM?	1	2	8
	j) SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT?	1	2	8
	k) TRAINEMENT DES IST?	1	2	8
	l) CONSEIL OU TEST HIV?	1	2	8
	m) AUTRE _____ ?	1	2	8
114	Combien de cellules différentes sont régulièrement visitées dans le cadre de la stratégie avancée, au cours d'un trimestre ?	NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 998		
115	Est-ce que cet établissement a un Comité de Santé, c'est-à-dire de discussions de ses méthodes de gestion et administratives?	OUI..... 1 NON 2		→120

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER À
116	Quel est la fréquence des réunions du Comité de Santé ?	MOIS1 TRIMESTRE2 SEMESTRE3 AUTRE6 JAMAIS0	→ 120
117	A quel mois remonte la dernière réunion du Comité ? (ECRIEZ LE MOIS DE CETTE REUNION).	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS98	→ 120
118	Y-a-t-il un compte rendu de la dernière réunion du Comité de Santé ?	OUI, OBSERVÉ1 OUI, rapporte2 NON3 NE SAIT PAS8	
119	Est-ce que les membres de la communauté participent aux réunions du Comité?	OUI1 NON2	
120	Est-ce que cette FOSA a un système de MUTUELLE ?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	
121	Une visite de supervision est une visite formative de quelqu'un de votre organisation ou du MINISANTE pour se rendre compte de ce qui se passe et pour travailler avec le personnel pour améliorer le service. A quand remonte votre dernière visite de supervision ?	LE MOIS DERNIER1 LES 3 DERNIERS MOIS2 LES 6 DERNIERS MOIS3 IL Y A PLUS DE 6 MOIS4 PAS DE VISITE DE SUPERVISION5 NE SAIT PAS8	→ 126 → 126 → 126
122	Que s'est-il passé durant cette visite de supervision? (ENTOUREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ) INSISTER: rien d'autre?	RÉVISION DE FICHIERS/DOSSIERS A TENUE DE RÉUNIONS B VÉRIFICATION/ACHATS DE FOURNITURE C OBSERVATION DE CONSULTATIONS D DISCUSSION DE PROBLÈMES E ÉVALUATION MEDICAMENTS ... F EVALUATION FINANCES G AUTRE (PRECISER) X NE SAIT PAS W	
123	Quels sont les services qui ont été visités par un superviseur au cours des 6 derniers mois?	GESTION A LABORATOIRE B PHARMACIE C SERVICE NUTRITION D SERVICE CROISSANCE DES ENFANTS E SERVICE PEV F SERVICE MATERNITÉ G SERVICE INFANTILE H PLANIFICATION FAMILIALE I SERVICE CONSULATION J AUTRE (PRECISER) X NE SAIT PAS W	

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER À
124	Qui a effectué une visite de supervision dans cet établissement au cours des 6 derniers mois? (ENTOURER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ) VÉRIFIER: personne d'autre?	EQUIPE CADRE DE DISTRICT A COORDINATEUR DE PLANIFICATION FAMILIALE..... B COORDINATEUR SANTÉ MATERNELLE/INFANTILE C COORDINATEUR VACCINATION D COORDINATEUR EDP E COORDINATEUR PROGRAMME IST/VIH F AUTRE (PRECISER)..... X NE SAIT PAS..... W	
125	Combien de visites de supervision séparées avez-vous eu au cours des 6 derniers mois? DEMANDER A VOIR LE REGISTRE DE SUPERVISION	NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98	
126	Y-a-t-il dans cet établissement un moyen pour connaître l'opinion des patients qui viennent ici ?	OUI.....1 NON2	→ 129
127	Comment évaluez-vous l'opinion des patients/clients? (Encercler tout ce qui est mentionné) INSISTER: Aucun autre moyen?	INTERVIEW EN FIN DE CONSULTATION..... A SUIVI DU PATIENT B BOITE POUR SUGGESTION..... C QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ..... D REUNIONS COMMUNAUTAIRES E AUTRE..... X	
128	Au cours de l'année passée, l'établissement a-t-il modifié ses programmes ou services à cause de l'opinion de patients?	OUI.....1 NON2 NE SAIT PAS.....8	
129	Est-ce que cet établissement dispose de l'électricité?	OUI.....1 NON2	→ 132
130	Pendant combien d'heures par jour l'électricité est-elle disponible?	HEURES PAR JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....98	
131	Est-ce qu'il vous arrive de manquer d'électricité durant les heures où il y a des patients qui ont besoin de services ou quand vous avez besoin d'utiliser les équipements électriques pour le service des patients ? SI OUI, INDIQUER LA FREQUENCE DE CES COUPURES	FREQUEMMENT..... 1 RAREMENT 2 JAMAIS 3	
132	Quelle est la source habituelle d'approvisionnement en eau de cette structure?	ROBINET10 FONTAINE PUBLIQUE11 PUITS PROTEGE20 PUITS NON PROTEGE.....21 EAU DE PLUIE22 RIVIERE/LAC/MARRE30 MULTIPLES SOURCES40 AUTRE..... 96 PAS D'EAU00	→ 136

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER À
133	Comment l'eau utilisée lors des examens/consultations est-elle fournie?	ROBINET1 SEAU/BASSINE..... 2 PAS DE SYSTEME FIXE3	
134	À quelle distance se trouve la source d'approvisionnement de l'eau utilisée par cet établissement ?	À MOINS DE 500 MÈTRES.....1 ENTRE 500 ET 1000 MÈTRES2 À PLUS D'1 KM..3 NE SAIT PAS.....8	
135	Est-ce que l'eau est disponible toute l'année ou seulement saisonnièrement ?	TOUTE L'ANNÉE.....1 SAISONNIÈREMENT2 NE SAIT PAS.....8	
136	Y-a-t-il de l'eau filtrée pour boire disponible pour les patients ?	OUI.....1 NON2	
137	Est-ce que cet établissement est équipé d'un téléphone qui marche ou d'un système de phonie ?	OUI.....1 NON2	→ 139
138	Est-ce que, dans cet établissement, il est possible d'avoir accès à un téléphone ou à une phonie en cas d'urgence?	OUI.....1 NON2	
139	Y-a-t-il des toilettes ou des latrines pour les patients ?	OUI, FONCTIONNENT1 OUI, NE FONCTIONNENT PAS.....2 NON3	
140	Puis-je voir la salle d'attente pour les patientes? ENQUÊTEUR: VÉRIFIER S'IL Y A DES PLACES ABRITÉES DU SOLEIL ET DE LA PLUIE.	ABRITÉES1 NON ABRITÉES2	
141	Que faites-vous des objets qui peuvent être contaminés, que vous voulez détruire?	BRULÉS..... A ENTERRÉS B JETÉS DANS LA POUBELLE C AUTRE X	
142	ENQUÊTEUR: DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU ON DEPOSE LES ORDURES (LES OBJETS DE LA QUESTION 141)	ORDURES VISIBLES1 ORDURES NON VISIBLES2 ENDROIT DE DEPOT NON INSPECTE3	

POUR CHACUN DES ARTICLES SUIVANTS, VÉRIFIER D'ABORD POUR VOIR S'IL EST DISPONIBLE DANS L'ÉTABLISSEMENT. SI L'ARTICLE Y EST, VÉRIFIER S'IL FONCTIONNE OU PAS.

	ARTICLE	a) L'ARTICLE EST -IL DISPONIBLE? POSER LA QUESTION POUR CHAQUE ARTICLE				b) L'ARTICLE FONCTIONNE-T-IL?		
		OBSERVÉ	RAPPORTE	PAS DISPONIBLE	NE SAIT PAS	OUI	NON	NE SAIS PAS
143	GROUPE ELECTROGENE	1	2	3→145	8→145	1	2	8
144	CARBURANT POUR GROUPE ELECTROGENE	1	2	3→145	8→145			
145	AUTOCLAVE (STERILISATEUR AVEC CHALEUR HUMIDITE)	1	2	3→146	8→146	1	2	8
146	POUPENEL (STERILISATEUR AVEC CHALEUR SECHE)	1	2	3→147	8→147			
147	STERILISATEUR AVEC VAPEUR	1	2	3→148	8→148	1	2	8

	ARTICLE	a) L'ARTICLE EST-IL DISPONIBLE? POSER LA QUESTION POUR CHAQUE ARTICLE				b) L'ARTICLE FONCTIONNE-T-IL?		
		OBSERVÉ	RAPPORTE	PAS DISPONIBLE	NE SAIT PAS	OUI	NON	NE SAIT PAS
148	MANOMETRE, MINUTERIE	1	2	3→149	8→149	1	2	8
149	SOURCE D'ECLAIRAGE	1	2	3→150	8→150	1	2	8
NO.	QUESTIONS				CODE			ALLER À
150	Quelle est la méthode la plus fréquemment utilisée pour la stérilisation des seringues et aiguilles .				POUPENEL..... 01 AUTOCLAVE..... 02 STÉRILISATION A VAPEUR 03 EBULLITION & P. CHIMIQUES ... 04 PRO.CHIMIQUES SEULEMENT . 05 EBULLITION SEULEMENT 06 AUCUN..... 95 AUTRE (PRÉCISER)..... 96 NE SAIT PAS 98 SERINGUES USAGE UNIQUE....00			
151	Quelle est la méthode la plus fréquemment utilisée pour la stérilisation des autres équipements médicaux? (par ex. les instruments chirurgicaux).				POUPENEL..... 01 AUTOCLAVE..... 02 STÉRILISATEUR VAPEUR 03 EBULLITION ET P.CHIMIQUES.. 04 P.CHIMIQUES SEULEMENT..... 05 EBULLITION SEULEMENT 06 AUCUN..... 95 AUTRE (PRÉCISER)..... 96 NE SAIT PAS 98			
SI LA RÉPONSE DE Q.150 ET Q.151 EST « AUCUN » OU NE SAIT PAS, CHERCHEZ SI UNE AUTRE PERSONNE PLUS INFORMÉE POURRAIT FOURNIR DES RÉPONSES À CES QUESTIONS. SI NON, PASSEZ À →Q.201								
152	DEMANDER COMBIEN DE TEMPS DURENT LES STÉRILISATIONS OU DÉSINFECTION APRÈS QUE LA TEMPÉRATURE, LA PRESSION OU L'ÉBULLITION REQUISE AIENT ÉTÉ ATTEINTE ? (INDIQUER LES DURÉES EN MINUTES) .				TEMPS SOUS CHALEUR APRÈS AVOIR ATTEINT LA TEMPÉRATURE DESIRÉE		SYSTEME PAS UTILISÉ	NE SAIT PAS
A) AUTOCLAVE: TEMPS SANS EMBALLAGE				<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes		3	8	
TEMPS AVEC EMBALLAGE				<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes		3	8	
B) ÉBULLITION OU VAPEUR SOUS PRESSION - DÉSINFECTION DE HAUT NIVEAU (DHN) -				<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes		3	8	
C) PRODUITS CHIMIQUES - DÉSINFECTION DE HAUT NIVEAU (DHN)-				<input type="text"/> <input type="text"/> Minutes		3	8	

NO.	QUESTIONS	CODE			ALLER À
		OUI	NON	PAS DISPONIBLE	
153	CONSERVATION DES ARTICLES STERILISES				NE SAIS PAS
	A) Articles stérilisés à l'autoclave enveloppés dans un tissu stérile, scellés avec un ruban adhésif. Le lieu de conservation est propre et sec.	1	2	3	8
	B)Articles stérilisés à l'autoclave ou désinfectés, conservés dans une récipient avec un couvercle qui ferme hermétiquement (demandez à voir le récipient ; n'ouvrez pas le récipient).	1	2	3	8
	C) Autres (préciser)		2	3	8
154	Est-ce qu'il y a une indication de la date à laquelle les équipements ont été stérilisés ? (VERIFIER UN OU DEUX ARTICLES)	OUI.....1 NON2 NE SAIT PAS.....8			
155	ÉVALUER SI L'ÉTABLISSEMENT EST PROPRE OU NON. UNE STRUCTURE EST PROPRE SI ON A BALAYE ; SI ON A ESSUYE LA TABLE ; S'IL N Y A PAS DE POUSSIÈRE OU AUTRE SALETTE PARTOUT. LA FOSA N'EST PAS PROPRE S'IL Y A DE LA SALETTE/POUSSIÈRE/DEBRIS AU SOL OU SUR LES TABLES OU AUTRE GUICHET.	PROPRE1 N'EST PAS PROPRE2			

Section 2: Services de soins infantiles

N ^o .	QUESTIONS	CODES	ALLER À
201	Est-ce que cet établissement dispose de services de soins de santé infantile? (Les services de santé infantile comprennent des soins préventifs et curatifs pour les enfants)	OUI.....1 NON.....2	→301
202	Pendant combien de jours par semaine y-a t-il des consultations pour les enfants malades?	JOURS..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS.....8	
203	Pendant combien d'heures par jour, y-a t-il des consultations pour les enfants malades?	HEURES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS.....98	

SERVICES DE SOINS INFANTILES DISPONIBLES DANS L'ÉTABLISSEMENT: Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les services disponibles dans cet établissement; je voudrais savoir aussi pendant combien de temps ces services sont disponibles. POSER LA QUESTION NO.204 POUR CHAQUE SERVICE/ VACCINATION ET S'IL EST DISPONIBLE, CONTINUER DANS LE TABLEAU AVEC LA QUESTION SUIVANTE. SI LE SERVICE N'EST PAS DISPONIBLE CONTINUER AVEC LE SERVICE SUIVANT. SI LA RÉPONSE À Q. 207 EST NÉGATIVE, CONTINUER AVEC LE SERVICE SUIVANT.

SERVICE/ VACCIN	204 Est-ce que l'établissement fournit le service à l'extérieur et/ou l'intérieur?	205 Est-ce que l'établissement fournit le service aujourd'hui à l'intérieur ?	206 Combien des jours par semaine est-ce le service disponible à l'intérieur ?	207 Avez-vous eu une interruption du service ou un manque de vaccins pour assurer le service au cours des 6 derniers mois?	208 Pendant combien de jours le service a-t-il été interrompu/ n'avez-vous pas pu fournir le service au cours des 6 derniers mois? Ne sais pas=998	209 ENCERCLEZ CHACUNE DES CAUSES D'INTERRUPTION DES SERVICES CITEE.
a) vaccination BCG	OUI..... 1 NON..... 2 → 204b	OUI..... 1 NON 2	<input type="checkbox"/> JOURS	OUI 1 NON..... 2 → 204b	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE VACCINA MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE ..B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER)X
b) vaccination Polio	OUI..... 1 NON → 204c	OUI..... 1 NON 2	<input type="checkbox"/> JOURS	OUI 1 NON..... → 204c	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE VACCINA MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE ..B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER)X
c) vaccination DTCoq	OUI..... 1 NON → 204d	OUI..... 1 NON 2	<input type="checkbox"/> JOURS	OUI 1 NON..... → 204d	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE VACCINA MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE ..B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER)X
(d) Vaccination Rougeole	OUI..... 1 NON → 204e	OUI..... 1 NON 2	<input type="checkbox"/> JOURS	OUI 1 NON..... → 204e	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE VACCINA MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE ..B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER)X
e) Vaccination Hépatite B	OUI..... 1 NON → 204f	OUI..... 1 NON 2	<input type="checkbox"/> JOURS	OUI 1 NON..... → 204f	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE VACCINA MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE ..B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER)X
f) Anti- tétanique	OUI..... 1 NON → 204g	OUI 1 NON..... 2	<input type="checkbox"/> JOURS	OUI 1 NON → 204g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE VACCINA MANQUE LES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE ..B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER)X

SERVICE POUR L'ENFANT	204 Est-ce que l'établissement fournit le service a l'extérieur et/ou l'intérieur?	205 Est-ce que l'établissement fournit le service aujourd'hui à l'intérieur ?	206 Combien des jours par semaine est-ce le service à l'intérieur ?	207 Avez-vous eu une interruption du service ou un manqué de médicament pour assurer le service dans les 6 dernier mois?	208 Pendant combine de jours le service a-t-il été interrompu/n'avez-vous pas pu fournir le service dans les 6 dernier mois? Ne sais pas=998	209 ENCERCLEZ CHACUNE DES CAUSES D'INTERRUPTION DES SERVICES CITEE
g) Surveillance de la croissance de l'enfant	OUI..... 1 NON 2 → 204h	OUI..... 1 NON 2	<input type="checkbox"/> JOURS	OUI..... 1 NON..... 2 → 204h	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE MEDICAMENTA MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE ..B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRESCISER)
h) Conseils en nutrition traitement de la malnutrition	OUI..... 1 NON → 204i	OUI..... 1 NON 2	<input type="checkbox"/> JOURS	OUI..... 1 NON..... → 204i	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE MEDICAMENTA MANQUE DES AUTRES FOURNITURESPOUR LE SERVICE ..B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER)X
i) TRAITEMENT de la diarrhée/ provision de SRO	OUI..... 1 NON → 204j	OUI..... 1 NON 2	<input type="checkbox"/> JOURS	OUI..... 1 NON..... → 204j	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE MEDICAMENTA MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE ..B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECOSER).....X
j) TRAITEMENT des maladies respiratoires de l'enfant	OUI..... 1 NON → 204k	OUI..... 1 NON 2	<input type="checkbox"/> JOURS	OUI..... 1 NON..... → 204k	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE MEDICAMENTA MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE ..B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER)X
k) TRAITEMENT de Paludisme	OUI..... 1 NON 2 → 210	OUI..... 1 NON 2	<input type="checkbox"/> JOURS	OUI..... 1 NON..... → 210	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE MEDICAMENTA MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE ..B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER)X

210	Combien coûte le service suivant, en situation ordinaire, en FRANCS RWANDAIS ? (NE SAIT PAS=9998 ; GRATUIT=0000 ; NE FOURNIT PAS LE SERVICE=9995) ;		
a) Carnet pour l'enfant vaccination	UNE FOIS	<input type="text"/>	
b) vaccination BCG	SERINGUES	<input type="text"/>	
	CONSULTATION/SERVICE	<input type="text"/>	
c) vaccination Polio	CONSULTATION/SERVICE	<input type="text"/>	
d) vaccination DTCoq	SERINGUES	<input type="text"/>	
	CONSULTATION/SERVICE	<input type="text"/>	
e) Vaccination Rougeole	SERINGUES	<input type="text"/>	
	CONSULTATION/SERVICE	<input type="text"/>	
f) Vaccination Hépatite B	SERINGUES	<input type="text"/>	
	CONSULTATION/SERVICE	<input type="text"/>	
g) Anti-tétanique	CARTE (UNE FOIS)	<input type="text"/>	
	SERINGUES	<input type="text"/>	
	CONSULTATION/SERVICE	<input type="text"/>	
h) Surveillance de la croissance de l'enfant	CARTE (UNE FOIS)	<input type="text"/>	
	CONSULTATION	<input type="text"/>	
i) Conseils en nutrition traitement de la malnutrition	CONSULTATION	<input type="text"/>	
j) TRAITEMENT de la diarrhée/provision de SRO	CONSULTATION	<input type="text"/>	
k) TRAITEMENT des maladies respiratoires de l'enfant	CONSULTATION	<input type="text"/>	
l) TRAITEMENT de Paludisme		<input type="text"/>	
	CONSULTATION	<input type="text"/>	

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER À			
211	FILTRE: SI UN OUI EST ENCERCLÉ À Q. 204 [de a) à f)], ENCERCLER '1', SI NON, ENCERCLER '2'	OUI 1 NON 2	→243			
212	Pendant combien de heures par jour effectue-t-on les vaccinations?	HEURES PAR JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98				
213	Depuis combien d'années cette structure effectue –t-elle des vaccinations ?	ANNÉES VACC DISPONIBLES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98				
214	POUR CHACUN DES ARTICLES SUIVANTS, VERIFIER D'ABORD POUR VOIR S'IL EST DISPONIBLE DANS LA PIECE OU LE SERVICE EST OFFERT OU DANS UNE PIECE ADJACENTE. SI NON, DEMANDER A VOIR L'ARTICLE S'IL SE TROUVE A UNE DISTANCE RAISONNABLE DANS LA STRUCTURE.					
	FOURNITURES POUR VACCINATION	OBSERVÉ	RAP- PORTE	PAS DISPONIBLE	NE SAIT PAS	
	a) Boîte aiguilles/	1	2	3	8	
	b) Seringues à usage unique	1	2	3	8	
	c) Seringues réutilisables	1	2	3	8	
	d) Produits pour laver les mains (savon, serviette)	1	2	3	8	
	e) Eau	1	2	3	8	
	f) Carnet de vaccination pour enfants	1	2	3	8	
215	Y-a-t-il un registre des vaccinations ?	OUI, REGISTRE VU 1 OUI, REGISTRE PAS VU 2 PAS DE REGISTRE TENU..... 3	→217 →217			
216	A quand remonte l'inscription la plus récente ?	AU COURS DE 7 DERNIERS JOURS 1 PLUS DE 7 JOURS..... 2				
217	Avez-vous une estimation de la population cible d'enfants à vacciner dans la zone de rayonnement de cette structure ? SI OUI : Combien d'enfants avez-vous à vacciner?	POPULATION ZONE RAYONNEMENT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N'A PAS DE ZONE DE RAYONNEMENT9995 NE SAIT PAS9998	→222 →222			
218	Quel était le taux de déperdition de DTCoq sur les douze derniers mois de l'année écoulée?	TAUX DE DEPERDITON DTCoq(%) <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98				
219	Quel est le taux de couverture pour la rougeole sur les douze derniers mois de l'année écoulée ?	TAUX COUVERT. ROUGEOLE (%) <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98				
220	FILTRE: SI 218 ET 219 EST ENCERCLÉ À « 98 » (NE SAIT PAS) ENCERCLER '1', SINON, ENCERCLER '2'	OUI 1 NON..... 2	→222			
221	COMMENT LE REpondant A-T-IL OBTENU L'INFORMATION SUR LA COUVERTURE VACCINALE ?	RAPPORT 1 GRAPHIQUE 2 AUTRE 6 (PRECISER) NE SAIT PAS 8				

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER À
222	Est-ce que cet établissement conserve des vaccins ou les obtenez-vous d'une autre structure?	CONSERVE VACCINS 1 SE RAVITAILLE AILLEURS 2	→ 231
223	Quel type d'équipement utilisez-vous pour conserver les vaccins?	REFRIGERATEUR 1 GLACIERE 2	→ 226
224	Quelle est la source d'énergie utilisée par le réfrigérateur ? (ENTOURER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ)	ÉLECTRICITÉ A KÉROSÈNE B GAZ C ÉNERGIE SOLAIRE D AUTRE X	
225	Y-a-t-il un thermostat pour la congélation?	OUI 1 NON 2 PAS DE CONGÉLATION 3	
226	Y-a-t-il un thermomètre en état de marche à l'intérieur du réfrigérateur ou de la glacière?	OUI 1 NON 2	→ 231
227	ENQUÊTEUR: QUELLE EST LA TEMPÉRATURE DANS LE RÉFRIGÉRATEUR OU LA GLACIERE ?	TEMPÉRATURE EN ° C <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Y-a-t-il un graphique des températures ?	OUI 1 NON 2	→ 231
229	ENQUÊTEUR: EST-CE QUE LE RELEVÉ DE TEMPÉRATURE EST À JOUR POUR LES 30 DERNIERS JOURS?	OUI 1 NON 2	
230	ENQUÊTEUR: ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS PENDANT LESQUELS LA TEMPÉRATURE ÉTAIT AU-DESSUS DE 8° C OU AU-DESSOUS DE 0° C AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS.	NOMBRES DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>	
231	Quels sont les moyens normaux de maintien de la chaîne de froid pendant les visites extérieures?	ACCUMULATEUR DE FROID 1 ACHETE DE LA GLACE 2 ACCU FROID + ACHAT GLACE 3 PAS DE VISITES EXTERIEURES 4	
232	Y-a-t-il des accumulateurs de froid dans le réfrigérateur?	OUI 1 NON 2	
233	Combien de glacières avec accumulateurs de froid avez-vous disponibles ?	UN ENSEMBLE 1 DEUX ENSEMBLES OU PLUS 2 AUCUN 3	

Puis-je voir vos stocks des vaccins (OBSERVEZ DANS LE RÉFRIGÉRATEUR S'IL Y A, AU MOINS, UNE AMPOULE NON PÉRIMÉE)					
VACCINE	234 Enregistrer si au moins 1 vaccin non-périmé a été observé	235 Est-ce que vous avez observé un vaccin périmé?	236 Les vaccins, sont-ils rangés selon la date de péremption?	237 Au cours des 6 derniers mois, est-il arrivé que l'établissement manque de VACCIN?	238) Pendant combien de jours au cours des 6 derniers mois, est- que vous avez manqué de VACCIN?
a) BCG	OUI, OBSERVE..... 1 RAPPORTE, PAS VU.... 2 PAS DISPONIBLE 3→237a NSP..... 8→237a	OUI..... 1 NON 2 NE SAIS PAS 8	OUI.....1 NON2 NE SAIS PAS.....8	OUI 1 NON 2→234b NSP..... 8→234b	<input type="text"/>
b) POLIO	OUI, OBSERVE..... 1 RAPPORTE, PAS VU.... 2 PAS DISPONIBLE 3→237b NSP..... 8→237b	OUI..... 1 NON 2 NE SAIS PAS 8	OUI.....1 NON2 NE SAIS PAS.....8	OUI 1 NON 2→234c NSP..... 8→234c	<input type="text"/>
c) DTCoq	OUI, OBSERVE..... 1 RAPPORTE, PAS VU.... 2 PAS DISPONIBLE 3→237c NSP..... 8→237c	OUI..... 1 NON 2 NE SAIS PAS 8	OUI.....1 NON2 NE SAIS PAS.....8	OUI 1 NON 2→234d NSP..... 8→234d	<input type="text"/>
d) ROUGEOLE avec diluant	OUI, OBSERVE..... 1 RAPPORTE, PAS VU.... 2 PAS DISPONIBLE 3→237d NSP..... 8→237d	OUI..... 1 NON 2 NE SAIS PAS 8	OUI.....1 NON2 NE SAIS PAS.....8	OUI 1 NON 2→234e NSP..... 8→234e	<input type="text"/>
e) HÉPATITE B	OUI, OBSERVE..... 1 RAPPORTE, PAS VU.... 2 PAS DISPONIBLE 3→237e NSP..... 8→237e	OUI..... 1 NON 2 NE SAIS PAS 8	OUI.....1 NON2 NE SAIS PAS.....8	OUI 1 NON 2→234f NSP..... 8→234f	<input type="text"/>
f) ANTI- TETANIQUE	OUI, OBSERVE..... 1 RAPPORTE, PAS VU.. 2 PAS DISPONIBLE 3→237f NSP..... 8→237f	OUI..... 1 NON 2 NE SAIS PAS 8	OUI.....1 NON2 NE SAIS PAS.....8	OUI 1 NON 2→239 NSP..... 8→239	<input type="text"/>

No	QUESTIONS	CODES	ALLER À
239	Y-a-t-il un inventaire écrit pour les VACCINS?	OUI 1 NON 2	→241
240	ENQUETEUR: L'INVENTAIRE ÉCRIT EST-IL À JOUR ET COMPLET?	OUI, OBSERVÉ, A JOUR 1 OUI, OBSERVÉ, PAS A JOUR 2 OUI, NON OBSERVÉ 3 NON 4	
241	Est-ce que la formation sanitaire détermine la quantité de vaccins dont elle a besoin et passe la commande, ou est-ce que la quantité que vous recevez est déterminée par quelqu'un d'autre?	DETERMINE PROPRES BESOINS ET PASSE COMMANDE 1 BESOIN DETERMINE AILLEURS. 2	→243
242	SI DETERMINE AILLEURS: Est-ce que vous recevez toujours une quantité fixe ou est-ce que la quantité que vous recevez varie avec votre niveau d'activités?	QUANTITE BASEE SUR NIVEAU D'ACTIVITES 1 APPROVISIONNEMENT STANDARD FIXE 2	
243	Est-ce que cet établissement organise des discussions sur la santé de l'enfant?	OUI 1 NON 2	→ 245
244	Est-ce que ces conseils ou ces discussions portent sur les sujets suivants: a) Prévention de la diarrhée? b) Identification et/ou traitement des IRA? c) Réhydratation Orale d) Nutrition de l'enfant? e) Vaccination? f) Paludisme?	OUI NON NSP DIARRHÉE..... 1 2 8 IRA 1 2 8 RÉHYDRATATION 1 2 8 NUTRITION..... 1 2 8 VACCINATION..... 1 2 8 PALUDISME..... 1 2 8	

POUR CHACUN DES ARTICLES SUIVANTS, VERIFIER D'ABORD POUR VOIR S'IL EST DISPONIBLE DANS LA PIECE OU LE SERVICE EST OFFERT OU DANS UNE PIECE ADJACENTE. SI NON, DEMANDER A VOIR L'ARTICLE S'IL SE TROUVE A UNE DISTANCE RAISONNABLE DE LA SERVICE. SI IL Y A L'ARTICLE, VERIFIER S'IL FONCTIONNE OU NON.

ARTICLE	(a) L'ARTICLE EST-IL DISPONIBLE?				(b) L'ARTICLE FONCTIONNE-T-IL?		
	OBSERVÉ	RAPPO RTE	PAS DISPONIBLE	NE SAIS PAS	OUI	NON	NE SAIS PAS
245							
a) Pèse bébé	1	2	3→245b	8→245b	1	2	8
b) Pèse enfants (de 25 +kg)	1	2	3→245c	8→245c	1	2	8
c) Thermomètre	1	2	3→245d	8→245d	1	2	8
d) Montre avec une troteuse ou un dispositif pour chronométrer	1	2	3→245e	8→245e	1	2	8
e) Article pour l'hygiène des mains (savon, serviettes)	1	2	3	8			
f) Eau	1	2	3	8			
g) Récipient pour mélanger SRO	1	2	3	8			
h) Tasse et cuillère	1	2	3	8			

246	PROTOCOLES/MATERIELS POUR ENSEIGNEMENT	OBSERVÉ	RAPPO RTE	PAS DISPONIBLE	NE SAIS PAS			
	a) Des manuels de référence pour la prise en charge des maladies de l'enfant (PCIME)	1	2	3	8			
	b) Brochures (PCIME)	1	2	3	8			
	c) Graphique (PCIME)	1	2	3	8			
	d) Les fiches de conseil pour l'éducation de l'accompagnatrice de l'enfant	1	2	3	8			
	e) des brochures ou des prospectus que les patients peuvent prendre au sujet de le santé infantile	1	2	3	8			

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER À
247	Y-a-t-il un registre des patients où l'information sur la consultation de chaque enfant est écrite? SI OUI : Puis-je le voir?	OUI, REGISTRE VU 1 OUI, REGISTRE PAS VU 2 PAS DE REGISTRE TENU 3	→249 →249
248	A quant remonte la plus récente inscription?	AU COURS DE 7 DERNIERS JOURS 1 PLUS DE 7 JOURS 2	
249	Gardez-vous une fiche pour chaque patient? SI OUI : Puis-je voir une fiche non remplie?	OUI, FICHE OBSERVÉ 1 OUI, FICHE PAS VUE 2 PAS DE FICHE INDIVIDUELLES	→301
250	Gardez-vous l'adresse de chaque patient pour un éventuel suivi?	OUI..... 1 NON..... 2	

SECTION 3: SERVICES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER À
301	Est-ce que cet établissement fournit des services de planification familiale (La planification familiale est une méthode ou un dispositif pour espacer ou limiter les naissances)	OUI 1 NON 2	→401
302	Pendant combien de jours par semaine, cet établissement fournit-il normalement des services de planification familiale?	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
303	Pendant combien d'heures par jour, cet établissement fournit-il normalement des services de planification familiale?	HEURES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	

MÉTHODE	304 Est-ce que l'établissement fournit le service à l'extérieur et/ou l'intérieur?	305 Est-ce que l'établissement fournit le service aujourd'hui à l'intérieur ?	306 Combien des jours par semaine est-ce le service disponible à l'intérieur?	307 Avez-vous eu une interruption du service ou un manqué de médicament pour assurer le service dans les 6 dernier mois?	308 Pendant combine de jours le service a-t-il été interrompu/n'avez-vous pas pu fournir le service dans les 6 dernier mois? Ne sais pas=998	309 ENCERCLEZ CHACUNE DES CAUSES D'INTERRUPTION DES SERVICES CITEE
a) Pilules oestro-progestatives	OUI 1 NON 2 → 304b	OUI 1 NON 2	<input type="text"/> JOURS	OUI 1 NON 2 → 304b	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE METHODE A MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER) X
b) Pilules à base de progestérone seulement	OUI 1 NON → 304c	OUI 1 NON 2	<input type="text"/> JOURS	OUI 1 NON → 304c	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE METHODE A MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER) X
c) Injections pour chaque deux mois (Norigynon ?)	OUI 1 NON → 304d	OUI 1 NON 2	<input type="text"/> JOURS	OUI 1 NON → 304d	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE METHODE A MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (SPECIFY) X
d) Injections pour chaque trois mois (Depo)	OUI 1 NON → 304e	OUI 1 NON 2	<input type="text"/> JOURS	OUI 1 NON → 304e	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE METHODE A MANQUE LES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER) X
e) implants	OUI 1 NON 2 → 304f	OUI 1 NON 2	<input type="text"/> JOURS	OUI 1 NON → 304f	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE METHODE A MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER) X
f) Condom masculin	OUI 1 NON 2 → 304g	OUI 1 NON 2	<input type="text"/> JOURS	OUI 1 NON 2 → 304g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE METHODE A MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER) X

MÉTHODE	304 Est-ce que l'établissement fournit le service à l'extérieur et/ou l'intérieur?	305 Est-ce que l'établissement fournit le service aujourd'hui à l'intérieur ?	306 Combien des jours par semaine est-ce le service disponible à l'intérieur ?	307 Avez-vous eu une interruption du service ou un manqué de médicament pour assurer le service au cours dans les 6 dernier mois?	308 Pendant combien de jours le service a-t-il été interrompu/n'avez-vous pas pu fournir le service dans les 6 dernier mois? Ne sais pas=998	309 ENCERCLEZ CHACUNE DES CAUSES D'INTERRUPTION DES SERVICES CITEE
g) Condom féminin	OUI 1 NON →304h	OUI 1 NON 2	<input type="text"/> JOURS	OUI 1 NON →304h	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE METHODE A MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER) X
h) DIU	OUI 1 NON →304i	OUI 1 NON 2	<input type="text"/> JOURS	OUI 1 NON →304i	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE METHODE A MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER) X
i) Stérilisation masculine	OUI 1 NON →304j	OUI 1 NON 2	<input type="text"/> JOURS	OUI 1 NON →304	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE METHODE A MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER) X
j) Stérilisation féminine	OUI 1 NON →304k	OUI 1 NON 2	<input type="text"/> Jours	OUI 1 NON →304	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE METHODE A MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER) X
k) Méthode naturelle de planification familiale	OUI 1 NON →304l	OUI 1 NON 2	<input type="text"/> JOURS	OUI 1 NON →304l	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE METHODE A MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER) X
l) Spermicides	OUI 1 NON 2 →304	OUI 1 NON 2	<input type="text"/> JOURS	OUI 1 NON 2 →304	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS	MANQUE DE METHODE A MANQUE DES AUTRES FOURNITURES POUR LE SERVICE B MANQUE DE PERSONEL C AUTRES (PRECISER) X

	MÉTHODE	310 SERVICE DISPONIBLE	311 Nombre de clients au cours du dernier trimestre. NSP=998	312 Il y a combien d'années que l'établissement a commencé à offrir la méthode ?
a)	Pilules oestro-progestatives	OUI 1 NON 2→310b	NOUVELLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN COURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOINS D'1 ANNÉE 1 1-5 ANNÉES..... 2 PLUS DE 5 ANNÉES..... 3 NE SAIT PAS..... 8
b)	Pilules à base de progestérone seulement	OUI 1 NON 2→310c	NOUVELLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN COURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOINS D'1 ANNÉE 1 1-5 ANNÉES..... 2 PLUS DE 5 ANNÉES..... 3 NE SAIT PAS..... 8
c)	Injections tous les deux mois (Noristerat)	OUI 1 NON 2→310d	NOUVELLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN COURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOINS D'1 ANNÉE 1 1-5 ANNÉES..... 2 PLUS DE 5 ANNÉES..... 3 NE SAIT PAS..... 8
d)	Injections tous les trois mois (Depo)	OUI 1 NON 2→310e	NOUVELLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN COURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOINS D'1 ANNÉE 1 1-5 ANNÉES..... 2 PLUS DE 5 ANNÉES..... 3 NE SAIT PAS..... 8
e)	implants	OUI 1 NON 2→310f	NOUVELLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN COURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOINS D'1 ANNÉE 1 1-5 ANNÉES..... 2 PLUS DE 5 ANNÉES..... 3 NE SAIT PAS..... 8
f)	Condom masculin	OUI 1 NON 2→310g	NOUVELLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN COURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOINS D'1 ANNÉE 1 1-5 ANNÉES..... 2 PLUS DE 5 ANNÉES..... 3 NE SAIT PAS..... 8
g)	Condom féminin	OUI 1 NON 2→310h	NOUVELLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN COURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOINS D'1 ANNÉE 1 1-5 ANNÉES..... 2 PLUS DE 5 ANNÉES..... 3 NE SAIT PAS..... 8
h)	DIU	OUI 1 NON 2→310i	NOUVELLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN COURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOINS D'1 ANNÉE 1 1-5 ANNÉES..... 2 PLUS DE 5 ANNÉES..... 3 NE SAIT PAS..... 8
i)	Stérilisation masculine	OUI 1 NON 2→310j	NOUVELLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN COURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOINS D'1 ANNÉE 1 1-5 ANNÉES..... 2 PLUS DE 5 ANNÉES..... 3 NE SAIT PAS..... 8
j)	Stérilisation féminine	OUI 1 NON 2→310k	NOUVELLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN COURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOINS D'1 ANNÉE 1 1-5 ANNÉES..... 2 PLUS DE 5 ANNÉES..... 3 NE SAIT PAS..... 8
k)	Méthode naturelle planification familiale	OUI 1 NON 2→310l	NOUVELLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN COURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOINS D'1 ANNÉE 1 1-5 ANNÉES..... 2 PLUS DE 5 ANNÉES..... 3 NE SAIT PAS..... 8
l)	Spermicides	OUI 1 NON 2→313	NOUVELLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EN COURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOINS D'1 ANNÉE 1 1-5 ANNÉES..... 2 PLUS DE 5 ANNÉES..... 3 NE SAIT PAS..... 8

NO.	QUESTIONS	CODE				ALLER À
313	En moyenne, combien de (unités/cycles) de MÉTHODE sont données	a) Nouvelle utilisatrice? pas disponible.....95		b) Utilisatrice en cours continu? pas disponible.....95		
	a) Pilules oestro-progestatives?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	b) Pilules à base de progestérone seulement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	c) Condoms (masculin)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
314	Est-ce que cet établissement fournit des conseils de façon spécifique pour les groupes suivants: a) Aux non-utilisatrices? b) Aux nouvelles utilisatrices? c) aux utilisatrices en cours? d) aux adolescentes? e) Aux mères célibataires? f) Aux hommes?	<p style="text-align: right;">OUI NON NSP</p> NON-UTILISATRICES 1 2 8 NOUVELLES UTILISATRICES 1 2 8 UTILISATRICES EN COURS 1 2 8 ADOLESCENTES 1 2 8 MÈRE CELIBATAIRE 1 2 8 HOMMES 1 2 8				
315	SI UNE RÉPONSE À 314 EST '1', ENCERCLER 'OUI'. SINON, ENCERCLER 'NON'.	OUI.....1 NON2				→317
316	Est-ce- que ces conseils portent sur : a) Les effets secondaires? b) Les IST ? c) L'éducation et la prévention contre les IST et le VIH/SIDA ?	<p style="text-align: right;">OUI NO N NSP</p> EFFETS SECONDAIRES 1 2 8 IST 1 2 8 PRÉVENTION 1 2 8				
317	Est-ce que cet établissement dispose de formulaires de consentement ? SI OUI, DEMANDER A VOIR LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	OUI, OBSERVE1 OUI, PAS VU2 NON3				→319 →319
318	Indiquer pour chacune des méthodes suivantes si on utilise un formulaire de consentement	OUI	NON	PAS DISPO- NIBLE	NE SAIS PAS	
	a) PILULES ORAUX	1	2	3	4	
	b) INJECTION	1	2	3	4	
	c) IMPLANTS	1	2	3	4	
	d) DIU	1	2	3	4	
	e) STÉRILISATION FÉMININE	1	2	3	4	
	f) STÉRILISATION MASCULINE	1	2	3	4	
319	Puis-je voir la salle où les clients en planification familiale reçoivent des conseils ? ENQUÊTEUR: EXAMINER LA SALLE.	PIÈCE SÉPARÉE1 SALLE AVEC RIDEAUX2 AUTRES ÉLÉMENTS3 MEME SALLE QUE SALLE D'ATTENTE4				

NO.	QUESTIONS	CODE			ALLER À			
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ	PAS DISPONIBLE				
320	Lesquels des matériaux suivants sont disponibles pour le counselling ?				NE SAIT PAS			
	a) Modèle pour démontrer l'usage du condom	1	2	3	8			
	b) Brochures/dépliants à donner aux patientes?	1	2	3	8			
	c) Boîtes à images pour les différentes méthodes?	1	2	3	8			
	d) Affiche de promotion de la planification familiale disponible?	1	2	3	8			
321	Est-ce que le prestataire de services de planification familiale traite les IST de manière routinière où les clients sont-ils envoyés à une autre prestataire ou à une autre structure pour traitement?	TRAITE IST1 ENVOIE AILLEURS DANS LE MÊME FOSA2 ENVOIE À AUTRE FOSA.....3 PAS DE TRAITEMENT.....4						
DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU LES EXAMENS POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE SONT EFFECTUES. POUR CHACUN DES ARTICLES DE LA LISTE CI-DESSOUS, VERIFIER D'ABORD SI L'ARTICLE EST DISPONIBLE DANS LA SALLE OU LE SERVICE EST OFFERT OU DANS UNE PIECE ADJACENTE (CECI COMPREND LA SALLE DE CONSULTATION PELVIENNE SI ELLE EST DIFFERENTE DE LA SALLE DE CONSULTATION GENERALE). SI NON, DEMANDER A VOIR L'ARTICLE S'IL SE TROUVE QUELQUE PART A UNE DISTANCE RAISONNABLE DANS L'ETABLISSEMENT. SI L'ARTICLE EST DISPONIBLE, VERIFIER S'IL FONCTIONNE OU NON.								
322	Si la salle a déjà été observée pour les autres services, Indiquer à quelle service.	SOINS PRÉNATALS..... 1 CONSULTATIONS IST 2 ACCOUCHEMENTS 3 SALLE PAS OBSERVEE4			→ 325 → 325 → 325			
323	ENQUETEUR: VÉRIFIER L'ÉCLAIRAGE GENERAL DANS LA SALLE D'EXAMEN	ÉCLAIRAGE VERTICAL 1 LAMPE 2 LUMIÈRE DU JOUR/ FENETRES. 3 MAL ÉCLAIRÉE 4						
	LES ARTICLES POUR LE SERVICE DE PLANIFICATION FAMILIALE	(a) L'ARTICLE EST-IL DISPONIBLE? (POSER LA QUESTION POUR CHACUN DES ARTICLES)			(b) L'ARTICLE FONCTIONNE- T-IL?			
324	LA SALLE ET LES FOURNITURES	OBSERVÉ	RAPPORTE	PAS DISPONIBLE	NE SAIT PAS	OUI	NON	NE SAIT PAS
	a) Intimité visuelle	1	2	3	8			
	b) Intimité auditive	1	2	3	8			
	c) Lampes baladeuses/gynéco/torches	1	2	3→324d	8→324d	1	2	8
	d) Table gynécologique ou lit d'examen	1	2	3→324e	8→324e	1	2	8
	e) Produits pour laver les mains (savon, serviette)	1	2	3	8			
	f) Eau	1	2	3	8			
	g) Gants propres							
	h) Boîte d'objets tranchants (Boite aiguilles/Tambour)	1	2	3	8			
	i) Désinfectant 0,5%	1	2	3	8			

325	LES ARTICLES POUR LE SERVICE PLANIFICATION FAMILIALE EQUIPEMENT PRÉCISER DE METHOD	(a) L'ARTICLE EST-IL DISPONIBLE? (POSER LA QUESTION POUR CHACUN DES ARTICLES)				(b) FONCTIONNER?		
		OBSERVÉ	RAPPORTE	PAS DISPONIBLE	NE SAIT PAS	OUI	NON	NE SAIT PAS
	a) Tensiomètre	1	2	3→325b	8→325b	1	2	8
	b) Stéthoscope	1	2	3→325c	8→325c	1	2	8
	c) Balance pour adulte	1	2	3→325d	8→325d	1	2	8
	d) Spéculum vaginal	1	2	3→325e	8→325e	1	2	8
	e) Gants stériles	1	2	3	8			
	f) Pince porte tampon	1	2	3	8			
	g) Pince à servir	1	2	3	8			
	h) Pince anatomique	1	2	3	8			
	i) Ciseaux	1	2	3	8			
	j) Kit DIU	1	2	3	8			
	k) Kit Norplant	1	2	3	8			
326	Protocoles de SR pour chaque méthode de PF offerte	1	2	3	8			

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER À
327	Y-a-t-il un registre des patients où l'information sur la consultation de chaque cliente est écrite? SI OUI : Puis-je le voir?	OUI, REGISTRE VU 1 OUI, REGISTRE PAS VU 2 PAS DE REGISTRE TENU 3	→329 →329
328	A quand remonte la plus récente inscription?	AU COURS DE 7 DERNIERS JOURS 1 PLUS DE 7 JOURS 2	
329	Gardez-vous une fiche pour chaque patient? SI OUI : Puis-je voir une fiche non remplie?	OUI, FICHE OBSERVÉE 1 OUI, FICHE PAS VUE 2 PAS DE FICHE 3	
330	Gardez-vous l'adresse de chaque patient pour un éventuel suivi?	OUI..... 1 NON 2	
331	NOTER LE NOMBRE DE PATIENTS EN PLANIFICATION FAMILIALE QUI ONT ETE REFERES AU LABORATOIRE POUR ETRE TESTÉS DES IST AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS	NOMBRE PATIENTS TESTÉS IST <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 998	→ 333
332	Si la période à laquelle se réfère le nombre de patients est inférieure à 12mois, indiquez le nombre de mois concerné.	MOIS DES DONNEES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....98	
333	Noter le nombre de patients envoyés chez un spécialiste le mois dernier par le service de planification familiale	NOMBRE PATIENTS REFERES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 998	
334	Est-ce que cet établissement fait payer les patients en planification familiale ou bien demande-t-il une donation pour un des services de planification familiale fournis?	OUI 1 NON.....2	→401
335	Est-ce que l'établissement fait payer la consultation en planification familiale ?	OUI 1 NON.....2	→337
336	A combien s'élève le tarif d'une consultation?	FRW <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
337	Est-ce que l'établissement fait payer pour la fiche/carte pour patient ?	OUI 1 NON.....2	→339

338	À combien s'élève le tarif d'un fiche/carte pour patient?	FRW	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
339	Combien l'établissement fait-il payer pour chacune des méthodes ?	COÛT EN FRW GRATUIT 00000 PAS DISPONIBLE 99995 NSP 99998					
	a) PILULE (1 CYCLE)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	b) INJECTIONS		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	c) IMPLANT		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	d) CONDOM MASCULIN (3 UNITS)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	e) DIU		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	f) STÉRILISATION FÉMININE		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	g) STERILISATION MASCULINE		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Section 4: Services de santé maternelle (sous-section 1: Soins Prénatals)

NO.	QUESTIONS	CODE				ALLER À
401	Est-ce que cet établissement offre des services de santé maternelle ? (Les services de santé maternelle sont les services qui s'occupent des grossesses)	OUI..... 1	NON 2			→501
402	Est-ce que cet établissement organise des sessions d'enseignement ou des discussions sur la santé maternelle?	OUI..... 1	NON 2			→405
403	Est-ce que ces sessions ou discussions sur la santé couvrent les sujets suivants:	OUI NON NSP				
	a) Besoins nutritifs durant la grossesse	ALIMENTATION..... 1	2	8		
	b) Allaitement	ALLAITEMENT..... 1	2	8		
	c) Signes de danger pendant la grossesse	SIGNES DE DANGER . 1	2	8		
	d) Soins des nouveau-nés	NOUVEAU-NÉS..... 1	2	8		
	e) Soins prénatals	SOINS PRÉNATALS..... 1	2	8		
	f) Préparation à la naissance	NAISSANCE 1	2	8		
	g) Anémie durant la grossesse	ANÉMIE 1	2	6		
	h) Besoins en fer	FER..... 1	2	6		
	i) Planification familiale	PLANIFICATION FAMILIALE..... 1	2	6		
	j) Visites dans les salles d'accouchement	VISITES SALLES ACCOUCHEMENT..... 1	2	8		
404	Est-ce -que l'établissement dispose du matériel suivant:	OBSERVE	RAPPORTE	PAS DISPONIBLE	NE SAIT PAS	
	a) POSTERS	1	2	3	8	
	b) BROCHURES	1	2	3	8	
	c) FICHES DE TRAVAIL	1	2	3	8	
	d) FICHES DE CONSEILS POUR LA MÈRE	1	2	3	8	
405	Est-ce que cet établissement offre des soins prénatals?	OUI..... 1	NON 2			→428
406	Pendant combien de jours par semaine, cet établissement fournit-il normalement des services prénatal ?	JOURS	<input type="text"/>			
		NE SAIT PAS	8			
407	Pendant combien d'heures par jour, cet établissement fournit-il normalement des services prénatals	HEURES	<input type="text"/>			
		NE SAIT PAS	98			
408	Est-ce que l'établissement fournit le service aujourd'hui A L'INTERIEUR?	OUI..... 1	NON 2			

NO.	QUESTIONS	CODE				ALLER À
409	Est-ce que, dans cet établissement, les services suivants sont normalement effectués au cours de la première visite prénatale, lors des visites suivantes ou est-ce qu'ils ne sont pas effectués du tout?	1ERE VISITE	VISITE SUIVANTE	CHAQUE VISITE	AUCUNE.	
	a) Obtenir le DOSSIER MÉDICAL et obstétrique de la patiente?	1	2	3	5	
	b) PESER la patiente?	1	2	3	5	
	c) PRENDRE LA TENSION de la patiente?	1	2	3	5	
	d) FAIRE à la patiente une INJECTION ANTI-TÉTANIQUE?	1	2	3	5	
	e) Prescrire de la CHIMIO PRÉVENTION CONTRE LE PALUDISME?	1	2	3	5	
	f) Offrir le COUNSELING ET TEST volontaire pour VIH/SIDA ?	1	2	3	5	
410	Est-ce que, dans cet établissement, les services suivants sont normalement effectués au cours de la première visite prénatale, lors des visites suivantes ou est-ce qu'ils ne sont pas effectués du tout?	1ERE VISITE	VISITE SUIVANTE	CHAQUE VISITE	AUCUNE.	
	a) Rechercher la syphilis?	1	2	3	5	
	b) Mesurer l'hémoglobine?	1	2	3	5	
	c) Analyser l'urine pour protéine ?	1	2	3	5	
411	Est-ce que le prestataire de soins prénatals traite les IST de manière systématique ou les clients sont-ils envoyés à un(e) autre prestataire ou à une autre structure pour traitement?	TRAITE IST 1 ENVOIE AILLEURS DANS LE MÊME FOSA..... 2 ENVOIE À AUTRE FOSA 3 PAS DE TRAITEMENT 4				
412	Puis-je voir la salle où les patientes ayant besoin de soins prénatals sont examinées? ENQUETEUR: EXAMINER LA SALLE.	PIÈCE SÉPARÉE 1 SALLE AVEC RIDEAUX 2 AUTRES ÉLÉMENTS 3 MEME SALLE QUE SALLE D'ATTENTE 4				

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER À
	DEMANDER A VOIR OU LES EXAMENS POUR LA SOINS PRÉNATALS SONT EFFECTUES. POU CHACUN DES ARTICLES DE LA LISTE CI-DESSOUS, VERIFIER D'ABORD SI L'ARTICLE EST DISPONIBLE DANS LA SALLE OU LE SERVICE EST OFFERT OU DANS UNE PIECE ADJACENTE (CECI COMPREND LA SALLE DE CONSULTATION PELVINNE SI ELLE EST DIFFERENTE DE LA SALLE DE CONSULTATION GENERALE) . SI NON, DEMANDER A VOIR L'ARTICLE S'IL SE TROUVE QUELQUE PART A UNE DISTANCE RAISONNABLE DANS L'ETABLISSEMENT. SI L'ARTICLE EST DISPONIBLE, VERIFIER S'IL FONCTIONNE OU NON.		
413	Si la salle a déjà été observée pour les autres services, Indiquer à quelle service.	SERVICE PF1 CONSULTATIONS IST2 ACCOUCHEMENT3 SALLE PAS OBSERVEE4	→416 →416 →416
414	ENQUETEUR: VÉRIFIER L'ÉCLAIRAGE GENERAL DANS LA SALLE D'EXAMEN	ÉCLAIRAGE VERTICAL.....1 LAMPE.....2 LUMIÈRE DU JOUR/ FENETRES .3	
ARTICLES POUR LES SOINS PRÉNATALS			
		(a) L'ARTICLE EST-IL DISPONIBLE? POSER LA QUESTION POUR CHAQUE ARTICLE	(b) L'ARTICLE FONCTIONNE-T-IL?
415	LA SALLE ET L'EQUIPEMENT	OBSERVÉ RAPPOR TE PAS DISPONI BLE NE SAIT PAS	OUI NON NSP
	a) Intimité visuelle	1 2 3 8	
	b) Intimité auditive	1 2 3 8	
	c) Lampes baladeuses/ gynéco/torches	1 2 3→415d 8→415d	1 2 8
	d) Table gynécologique ou lit d'examen	1 2 3→415e 8→415e	1 2 8
	e) Produits pour laver les mains (savon, serviette)	1 2 3 8	
	f) Eau	1 2 3 8	
	g) Gants propres		
	h) Boite objets tranchants (Boite aiguilles)	1 2 3 8	
	i) Désinfectant 0,5%	1 2 3 8	
416	EQUIPEMENT		
	a) Tensiomètre	1 2 3→416b 8→416b	1 2 8
	b) Stéthoscope	1 2 3→416c 8→416c	1 2 8
	c) Balance pour adultes	1 2 3→416d 8→416d	1 2 8
	d) Stéthoscope de Pinard (pour le fœtus)	1 2 3→416e 8→416e	1 2 8
	e) Pèse-bébé (avec graduation de 100 gm)	1 2 3→416f 8→416f	1 2 8
	f) Thermomètre	1 2 3→416g 8→416g	1 2 8
	g) Ruban de mesure	1 2 3 8	
	h) Protocoles pour soins de santé maternelle	1 2 3 8	
NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER À

417	Est-ce que cet établissement a une relation formelle avec les accoucheuses traditionnelles (AT)?	OUI 1 NON 2	→419
418	Est-ce que cet établissement a un document sur le programme des accoucheuses traditionnelles, par ex. la liste des accoucheuses affiliées à l'établissement et la formation qu'elles ont suivies? SI OUI : Puis-je voir la documentation?	OUI, OBSERVÉ 1 OUI, PAS VU 2 NON 3 NE SAIT PAS 8	
419	Y-a-t-il un registre des patients où l'information sur la consultation de chaque cliente est écrite? SI OUI : Puis-je le voir?	OUI, REGISTRE VU 1 OUI, REGISTRE PAS VU 2 PAS DE REGISTRE TENU 3	→421 →421
420	A quand remonte la plus récente inscription?	AU COURS DE 7 DERNIERS JOURS 1 PLUS DE 7 JOURS 2	
421	NOTER LE NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES VUES AU COURS D'UNE PERIODE DE 12 MOIS Y COMPRIS LES FEMMES QUI VIENNENT POUR UNE OU PLUSIEURS VISITES	NOMBRE DE VISITE PRÉNATALES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	→423
422	Si la période à laquelle se réfère le nombre de consultations est inférieure à 12mois, indiquez le nombre de mois concerné.	MOIS DE DONNEES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
423	Avez-vous une estimation du nombre total de naissances dans la zone de rayonnement de l'établissement au cours des 12 derniers mois? SI OUI: Combien de naissances y-a-t-il eu?	ESTIMATION LES NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	→426
424	Quel est le taux de couverture des consultations prénatales au cours des 12 derniers mois?	% COUVERTURE <input type="text"/> <input type="text"/> PRÉNATALE NE SAIT PAS 98	→426
425	Comment le répondant-a-t-il obtenu les informations sur la couverture des consultations prénatales?	RAPPORT 1 GRAPHIQUE 2 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	
426	Gardez-vous une carte/fiche pour chaque patient prénatales? SI OUI: Puis-je voir une carte/ fiche non remplie?	OUI, CARTE OBSERVÉE 1 OUI, CARTE PAS VUE 2 PAS DE CARTE INDIVIDUELLE 3	
427	Gardez-vous l'adresse de chaque patient pour un éventuel suivi?	OUI 1 NON 2	
428	Avez-vous eu une visite de supervision dans les services de maternité au cours des 6 derniers mois?	OUI 1 NON 2	→430
429	Combien de visites de supervision séparées avez-vous eu au cours des 6 derniers mois?	NOMBRE DE VISITES DE SUPERVISION <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
430	Est-ce que cet établissement dispose de procédures pour le transport de femmes en urgence obstétrique?	OUI 1 NON 2	→434

NO.	QUESTIONS	CODE			ALLER À	
431	Laquelle des situations suivantes décrit le mieux le système Le plus fréquemment utilisé pour le transport en cas d'urgence?	DISPONIBILITÉ				
		24 HEURES	HEURES OFFICIELLES	NE SAIT PAS		
	A) VEHICULE POUR URGENGE SEULEMENT QUI RESTE À LA FOSA	1	2	8		
	B) VEHICULE A L'HOPITAL DE DISTRICT (ON DOIT DEMANDER A CE QU'IL SOIT ENVOYÉ A LA FOSA)	1	2	8		→433
	C) VEHICULE POUR CAS NON URGENTS	1	2	8		→433
D) LOCATION DE VEHICULE QUAND DE BESOIN (AVEC SOUTIEN FINANCIER DE L'ETABLISSEMENT)	1	2	8	→433		
432	Est-ce que le véhicule est disponible et en état d'entretien? SI OUI: Puis-je voir le véhicule?	OUI, VU/FONCTIONNE 1 OUI, VU/NE FONCTIONNE PAS 2 VEHICULE EN DEPLACEMENT, PAS VU 3 NE SAIT PAS 4				
433	En utilisant ce véhicule en combien de minutes arrive-t-on à l'établissement de référence le plus proche?	SAISON SECHE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SAISON PLUVIEUSE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998			→435	
434	Quel est le moyen le plus couramment utilisé pour transporter les femmes en cas d'urgence obstétrique?	PERSONNES PORTENT 1 VEHICULE TRACTION ANIMALE . 2 VEHICULE A MOTEUR 3 COMBINAISON DE CE QUI PRECEDE 4 AUTRE (PRECISER) 6 NE SAIT PAS 8				

SECTION 4: Service de Santé Maternelle (Sous-Section 2 Accouchements)

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER À
435	Y-a-t-il une maternité qui dépend de cet établissement?	OUI..... 1 NON 2	→501
436	Combien de lits de maternité y-a-t-il dans cet établissement?	NOMBRE DE LITS..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> DE MATERNITÉ PAS DE LITS PROPRE POUR LA MATERNITE 95 NE SAIT PAS 98	
437	Est-ce que les personnels de santé font des accouchements à domicile de manière routinière où en cas d'urgence?	OUI, ROUTINE..... 1 OUI, URGENCE SEULEMENT..... 2 NON 3	→440
438	Est-ce qu'il y a un trousseau d'urgence pour l'accouchement à domicile en cas d'urgence?	OUI, SAC D'URGENCE VU..... 1 OUI, SAC D'URGENCE PAS VU 2 NON 3	→440 →440
439	AU MINIMUM, LE TROUSSEAU D'URGENCE DOIT CONTENIR: - Savon; ciseaux ou lame, pince; lien pour cordon ombilical; injectable ergométrine avec seringues et aiguilles	TOUS LES ARTICLES PRESENTS..... 1 CERTAINS ARTICLES MANQUENT ... 2	
440	Est-ce qu'un agent avec des compétences en matière d'accouchements est présent ou disponible à l'appel 24 heures sur 24 y compris les week-end pour prodiguer des soins?	OUI, PRESENT..... 1 OUI, A L'APPEL 2 NON 3	
DEMANDER A VOIR OU SONT LES LA SALLES D'ACCOUCHEMENTS. POUR CHACUN DES ARTICLES DE LA LISTE CI-DESSOUS, VERIFIER D'ABORD SI L'ARTICLE EST DISPONIBLE DANS LA SALLE. SI NON, DEMANDER A VOIR L'ARTICLE S'IL SE TROUVE QUELQUE PART A UNE DISTANCE RAISONNABLE DANS L'ETABLISSEMENT. SI L'ARTICLE EST DISPONIBLE, VERIFIER S'IL FONCTIONNE OU PAS.			
441	Si la salle a déjà été observée pour les autres services, Indiquer à quelle service.	SERVICE PF 1 CONSULTATIONS IST..... 2 SOINS PRÉNATALS 3 SALLE PAS OBSERVEE 4	→444 →444 →444
442	ENQUETEUR: VÉRIFIER L'ÉCLAIRAGE GÉNÉRALE DANS LA SALLE D'EXAMINATION	ÉCLAIRAGE VERTICAL 1 LAMPE..... 2 LUMIÈRE DU JOUR/ FENETRES . 3	

443	LES ARTICLES POUR LES ACCOUCHEMENTS	(a) L'ARTICLE EST DISPONIBLE? POSER LA QUESTION POUR CHACUN DES ARTICLES.				(b) L'ARTICLE FONCTIONNE-T-IL?		
	LA SALLE ET L'EQUIPEMENT	OBSERVÉ	RAPPORTE	PAS DISPONIBLE	NE SAIS PAS	OUI	NON	NSP
	a) Intimité visuelle	1	2	3	8			
	b) Intimité auditive	1	2	3	8			
	c) Lampes baladeuses/gynéco/torches	1	2	3→443d	8→443d	1	2	8
	d) Table gynécologique ou lit d'examen	1	2	3→443e	8→443e	1	2	8
	e) Produits pour laver les mains (savon, serviette)	1	2	3	8			
	f) Eau	1	2	3	8			
	g) Gants propres							

LES ARTICLES POUR LES ACCOUCHEMENTS		(a) L'ARTICLE EST DISPONIBLE? POSER LA QUESTION POUR CHACUN DES ARTICLES.				(b) L'ARTICLE FONCTIONNE-T-IL?		
LA SALLE ET L'EQUIPEMENT	OBSERVÉ	RAPPORTE	PAS DISPONIBLE	NE SAIT PAS	OUI	NON	NSP	
	h) Boîte objets tranchants (Boîte aiguilles)	1	2	3	8			
	i) Désinfectant 0,5%	1	2	3	8			
444	EQUIPEMENT POUR L'ACCOUCHEMENT							
	a) Source de lumière fonctionnant 24h/24	1	2	3→445	8→445	1	2	8
445	POUR L'ENFANT							
	a) Table de réanimation pour bébé	1	2	3→445b	8→445b			
	b) Appareil manuel de respiratoire (Ambu bag, Hudson silicone réanimation)	1	2	3→445c	8→445c	1	2	8
	c) Aspirateur néonatal (Delee ou poire)	1	2	3→445d	8→445d	1	2	8
	d) Source de chaleur pour bébé prématuré (couveuse ou lumière)	1	2	3→445e	8→445e	1	2	8
	e) Pèse-bébé	1	2	3→445f	8→445f	1	2	8
	f) Liens/catgut pour corde ombilicale	1	2	3	8			
	g) Couverture ou serviette pour envelopper le bébé	1	2	3	8			
446	Equipement et fourniture							
	a) Perfusion Intra-venous (sodium chloride; ou solution physiologique de Ringer, ou dextros) non périmée.	1	2	3	8			
	b) Ensemble perfusion intraveineuse	1	2	3	8			
	c) Ergométrine maléate (non périmée)	1	2	3	8			
	d) Seringues et aiguilles	1	2	3	8			
	e) Aiguilles et matériel pour effectuer des sutures	1	2	3	8			
	f) Ciseaux/lames	1	2	3→446g	8→446g	1	2	8
	g) Porte aiguilles	1	2	3→446h	8→446h	1	2	8
	h) Antiseptiques pour la peau (chlorhexodome)	1	2	3	8			
447	PROTOCOLES							
	a) Partogrammes	1	2	3	8			
	b) Protocoles pour la prise en charge des accouchements d'urgence	1	2	3	8			

NO.	QUESTIONS	CODE				ALLER À		
448	Est-ce que cet établissement effectue des accouchements à l'aide de forceps ou de ventouse?	OUI 1 NON 2				→ 450		
	SI OUI: DEMANDER A VOIR L'EQUIPEMENT	a) L'ARTICLE EST DISPONIBLE? POSER LA QUESTION POUR CHACUN DES ARTICLES.				(b) L'ARTICLE FONCTIONNE-T-IL?		
449		OBSERVÉ	RAPPORTE	PAS DISPONIBLE	NE SAIS PAS	OUI	NON	NSP
	A) Forceps	1	2	3→449b	8→449b	1	2	8
	B) Ventouse	1	2	3→450	8→450	1	2	8
450	Est-ce que cet établissement fournit des soins après un avortement?	OUI 1 NON 2				→ 452		
		(a) L'ARTICLE EST DISPONIBLE?				(b) L'ARTICLE FONCTIONNE-T-IL?		
451	SI OUI: DEMANDER A VOIR L'EQUIPEMENT	OBSERVÉ	RAPPORTE	PAS DISPONIBLE	NE SAIS PAS	OUI	NON	NSP
	A) Aspirateur évacuation	1	2	3→451b	8→451b	1	2	8
	B) Kit de curetage (curettes)	1	2	3→451c	8→451c			
	C) Autre (préciser)	1	2	3→452	8→452	1	2	8
452	Est-ce que cet établissement effectue systématiquement les opérations suivantes immédiatement après la naissance d'un bébé?	OUI NON NE SAIS PAS						
	A) ASPIRER AVEC SONDE	1 2 8						
	B) SECHER AVEC TISSU	1 2 8						
	C) DONNER A LA MÈRE	1 2 8						
	D) PESER L'ENFANT	1 2 8						
	E) Baigner l'enfant	1 2 8						
453	Est-ce que cet établissement donne systématiquement au nouveau-né OPV (Polio 0) avant qu'il ne quitte l'établissement?	OUI 1 NON 2						
454	Est-ce que cet établissement donne systématiquement de la vitamine A à la mère avant qu'elle ne quitte l'établissement ?	OUI 1 NON 2						
455	Est-ce que cet établissement organise régulièrement des sessions pour passer en revue les cas de décès maternels ou des nouveaux-nés ; aussi que de ceux qui ont été sauvés de justesse ?	OUI, POUR MERE..... 1 OUI, POUR NOUVEAUX-NES 2 OUI, POUR LES DEUX 3 NON 4						
456	Puis-je voir un partogramme complété?	OBSERVÉ 1 NON OBSERVÉ 2 N'EN A PAS 3						
457	Est-ce que cet établissement dispose d'un registre contenant l'information sur les femmes ayant accouché dans l'établissement?	OUI, OBSERVÉ 1 OUI, NON OBSERVÉ 2 NON 3				→ 459 → 459		

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER A
458	A quand remonte la dernière naissance?	AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS.....1 PLUS DE 30 JOURS2	
459	Combien de femmes ont accouché dans cet établissement au cours des 12 derniers mois?	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 998	→463
460	Si le nombre de naissances se rapporte à une période de moins de 12 mois, indiquer la durée considérée, en mois.	MOIS DE DONNEES.... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....98	
461	Quel est le taux de couverture des naissances au cours des 12 derniers mois?	% COUVERTURE <input type="text"/> <input type="text"/> NAISSANCES NE SAIT PAS.....98	→463
462	Comment le répondant a-t-il obtenu l'information sur la couverture des naissances?	RAPPORT1 GRAPHIQUE2 AUTRE6 (PRECISER) NE SAIT PAS.....8	
463	Est-ce que cet établissement effectue des césariennes?	OUI1 NON.....2	→469
DEMANDER A VOIR LA SALLE D'OPERATIONS, VERIFIER LES ELEMENTS DE LA LISTE SUIVANTE D'EQUIPEMENTS ET FOURNITURES SONT DISPONIBLES DANS LA SALLE			
	DEMANDER A VOIR L'EQUIPEMENT	(a) L'ARTICLE EST-IL DISPONIBLE?	(b) L'ARTICLE FONCTIONNE-T-IL?
464		OBSERVÉ RAPPORTE PAS DISPONIBLE NE SAIS PAS	OUI NON NSP
	A) TABLE D'OPERATION	1 2 3→464b 8→464b	1 2 8
	B) LUMIERE POUR OPERATION	1 2 3→464c 8→464c	1 2 8
	C) ZONE DE STERILISATION CONTIGUE A LA SALLE D'OPERATION	1 2 3→464d 8→464d	
	D) PLATEAU AVEC OBJETS STERILISES PRET	1 2 3→465 8→465	
465	Est-ce que cet établissement dispose d'un personnel formé pour effectuer des césariennes, présent dans l'établissement ou "à l'appel" 24h/24(y compris les week-ends)?	OUI1 NON.....2	
466	Combien de césariennes ont été effectuées dans cet établissement au cours des 12 derniers mois?	NOMBRE DE CÉSARIENNES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS998	→468
467	Si le nombre de césariennes se rapporte à une période de moins de 12 mois, indiquer la durée considérée, en mois.	MOIS DES DONNEES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER À
468	A quand remonte la dernière césarienne? NE SAIS PAS = 98, 9998	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
469	Est-ce que cet établissement effectue des transfusions sanguines?	OUI 1 NON..... 2	→472
470	Est-ce que cet établissement a une BANQUE DE SANG ?	OUI 1 NON..... 2	
471	Est-ce qu'il y a un registre de l'établissement concernant les transfusions sanguines? SI OUI, DEMANDER A LE VOIR	OUI, REGISTRE VU..... 1 OUI, PAS VU..... 2 PAS DE REGISTRE..... 3	
472	Dans cet établissement, quelle est la durée moyenne d'un séjour après un accouchement normal?	NUMBRES D'HEURES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
473	Dans cet établissement, combien coûtent normalement les services suivants?: a) Une consultation prénatale? b) Un accouchement sans épisiotomie ? c) Des soins postnatals? NE SAIT PAS.....99998 GRATUIT00000 PAS DISPONIBLE99995	COUT EN FRW PRÉNATAL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ACCOU- CHEMENT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POST NATAL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Section 5: Services IST/VIH/SIDA

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER À
501	Est-ce que cet établissement offre des conseils concernant les IST?	OUI..... 1 NON 2	
502	Est ce que cet établissement offre la possibilité d'effectuer des tests pour les IST?	OUI..... 1 NON 2	
503	Est-ce que cet établissement offre la possibilité de recevoir un traitement contre les IST avec un service spécialisé ou en consultations générales	OUI, CLINIQUE SPECIALE 1 OUI, CONSULTATIONS GENERALES 2 PAS DE SERVICE 3	
504	SI LA RÉPONSE À 501, 502 OR 503 EST " OUI", ENCERCLER '1', SINON ENCERCLER '2'.	OUI..... 1 NON 2	→506
505	Est ce que cet établissement dirige les patients vers des spécialistes pour des conseils, des tests ou des traitement des IST?	OUI..... 1 NON 2	→518 →518
506	Depuis combien d'années offrez-vous des services pour les IST?	NOMBRE D'ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
507	Combien de jours par semaine, ces services concernant les IST sont-ils disponibles ?	JOURS <input type="text"/>	
508	Comment établit-on les diagnostics de IST dans cet établissement ?	APP.SYNDROMIQUE (OBSERVATION DES SYMPTOMES) 1 APP.CLINIQUE (LABORATOIRE). 2 AUTRE 6 (PRECISER)	
509	Y-a-t-il un registre des patients avec IST où l'information sur la consultation de chaque cliente est écrite? SI OUI : Puis-je le voir?	OUI, REGISTRE VU 1 OUI, REGISTRE PAS VU 2 PAS DE REGISTRE TENU..... 3	→512 →512
510	A quant remonte la plus récente inscription?	AU COURS DE 7 DERNIERS JOURS 1 PLUS DE 7 JOURS 2	
511	NOTER LE NOMBRE DE PATIENTS IST VUS DANS UN PERIODE DE 12 MOIS.	NOMBRE PATIENTS IST <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
511a	Si la période à laquelle se réfère le nombre de patients est inférieure à 12mois, indiquez le nombre de mois concerné.	MOIS DES DONNEES.. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
512	Est-ce que cet établissement déclare au gouvernement ou à son siège de l'organisation dont il dépend, les cas suivants : a) Syphilis? b) Gonorrhée? c) VIH?	OUI NON NSP SYPHILIS 1 2 8 GONORRHÉE..... 1 2 8 VIH 1 2 8	
513	Est-ce que cet établissement a mis en place un règlement qui garantit la confidentialité aux patients ayant une IST? SI OUI, PUIS-JE VOIR LE PROTOCLE/FORMULAIRE/RÉGLEMENT ?	OUI,OBSERVÉ 1 OUI, PAS VU..... 2 PAS DE RÉGLEMENT 3	
514	Y-a-t-il un tarif des consultations pour les IST dans cet établissement ?	OUI..... 1 NON 2	→516

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER À
515	Quel est le tarif d'une consultation pour IST? (en Francs Rwandais))	COUT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	
516	Est-ce que l'établissement fournit des médicaments pour le traitement des IST?	OUI 1 NON 2	→518
517	Ces médicaments sont-ils gratuits?	OUI 1 NON 2	
518	Est-ce que cet établissement offre des services de conseils pour le VIH/SIDA?	OUI 1 NON 2	
519	Est-ce que cet établissement offre la possibilité d'effectuer des tests de détection du VIH/SIDA?	OUI 1 NON 2	
520	SI LES RÉPONSES À 518 OU 519 SONT " OUI", ENCERCLER '1', SINON ENCERCLER '2'.	OUI 1 NON 2	→522
521	Est-ce que l'établissement dirige les patients vers des spécialistes pour des conseils, des tests ou des traitements du VIH/SIDA?	OUI 1 NON 2	→527 →527
522	Depuis combien d'années offrez-vous des services qui traitent le VIH/SIDA?	NOMBRES D'ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
523	Combien de jours par semaine ces services sont-ils disponibles?	JOURS <input type="text"/>	
524	Est-ce que cet établissement a mis en place un règlement qui garantit la confidentialité aux patients soignés pour le VIH/SIDA? SI OUI, DEMANDER A VOIR LE PROTOCOLE/FORMULAIRE/REGLEMENT.	OUI,OBSERVÉ 1 OUI, PAS VU..... 2 PAS LE RÉGLEMENT 3	
525	Est-ce que cet établissement a un formulaire de consentement pour les test du VIH/SIDA ? SI OUI, DEMANDER DE VOIR UN FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.	OUI,OBSERVÉ 1 OUI, PAS VU..... 2 NON, PAS DE FORMULAIRE 3 NE FAIT PAS LE TEST 4	
526	Est-ce que cet établissement fournit aux patients atteints du VIH/SIDA une formation/des conseils pour effectuer des soins à la maison?	OUI 1 NON 2	
527	L'établissement offre-t-il les services suivants aux patients testés positifs au VIH/SIDA : a) Soutien psycho-social par un spécialiste b) Suivi chez un spécialiste pour des soins spéciaux	OUI NON NSP PSYCHO-SOCIA..... 1 2 8 SUIVI..... 1 2 8	
528	Est-ce que cet établissement se charge normalement d'informer le partenaire du client atteint de MST ou VIH/SIDA? (ACTIVE=PAR FOSA ; PASSIVE=PAR CLIENT)	OUI, NOTIFICATION ACTIVE 1 OUI, NOTIFICATION PASSIVE 2 NON 3	
529	Est-ce que cet établissement fournit aux patients hospitalisés pour une MST ou pour le SIDA des séances d'éducation ? SI OUI, DEMANDER A OBSERVER LES MATERIELS D'EDUCATION UTILISES POUR LES SÉANCES D'EDUCATION (Posters, brochures, fiches de conseils)	OUI 1 NON 2	→531

NO.	QUESTIONS		CODE			ALLER À		
			RAPPORTÉ	PAS DISPONIBLE	NE SAIS PAS			
530	LES MATERIELS POUR ENSEIGNEMENT	OBSERVÉ	RAPPORTÉ	PAS DISPONIBLE	NE SAIS PAS			
	UTILISATION DU CONDOM	1	2	3	8			
	MOYEN DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA	1	2	3	8			
	LES CONSÉQUENCES DU VIH/SIDA	1	2	3	8			
531	Des condoms sont-ils disponibles sur place pour les patients HIV/IST?		OUI..... 1 NON 2			→534		
532	Y-a-t-il un tarif pour les condoms?		OUI..... 1 NON 2			→534		
533	Combien coûte les condoms (pour 4 unités)*?		FRW					
534	Est-ce que cet établissement offre la possibilité de suivre un traitement pour la tuberculose?		OUI..... 1 NON 2					
535	Puis-je voir la salle où les patients en HIV/MST reçoivent des conseils ? ENQUETEUR: EXAMINER LA SALLE.		PIÈCE SÉPARÉE 1 SALLE AVEC RIDEAUX 2 AUTRES ÉLÉMENTS 3 MEME SALLE QUE SALLE D'ATTENTE 4					
DEMANDER A VOIR OU LES EXAMENS POUR LES IST OU VIH/SIDA SONT EFFECTUES. POUR CHACUN DES ARTICLES DE LA LISTE CI-DESSOUS, VERIFIER D'ABORD SI L'ARTICLE EST DISPONIBLE DANS LA SALLE. SI NON, DEMANDER A VOIR L'ARTICLE S'IL SE TROUVE QUELQUE PART A UNE DISTANCE RAISONNABLE DANS L'ETABLISSEMENT. SI L'ARTICLE EST DISPONIBLE, VERIFIER S'IL FONCTIONNER OU NON.								
536	Si la salle a déjà été observée pour les autres services, Indiquer à quelle service.		SERVICE PF..... 1 SERVICE ACCOUCHEMENT 2 SOINS PRÉNATALS 3 SALLE PAS OBSERVEE 4			→539 →539 →539		
537	ENQUETEUR: VÉRIFIER L'ÉCLAIRAGE GÉNÉRALE DANS LA SALLE D'EXAMINATION		ÉCLAIRAGE VERTICAL..... 1 LAMPE 2 LUMIÈRE DU JOUR/ FENETRES. 3					
	LES ARTICLES POUR LES EXAMINATIONS	(a) L'ARTICLE EST-IL DISPONIBLE? POSER LA QUESTION POUR CHACUN DES ARTICLES.			(b) L'ARTICLE FONCTIONNE-T-IL?			
538	LA SALLE ET L'ÉQUIPEMENT	OBSERVÉ	RAPPORTÉ	PAS DISPONIBLE	NE SAIS PAS	OUI	NON	NSP
	a) Intimité visuelle	1	2	3	8			
	b) Intimité auditive	1	2	3	8			
	c) Lampes baladeuses/gynéco/torches	1	2	3→538d	8→538d	1	2	8
	d) Table gynécologique ou lit d'examen	1	2	3→538e	8→538e	1	2	8
	e) Produits pour laver les mains (savon, serviette)	1	2	3	8			
	f) Eau	1	2	3	8			
	g) Gants propres							
	h) Boîte objets tranchants (Boîte aiguilles)	1	2	3	8			
	i) Désinfectant 0,5%	1	2	3	8			

	LES ARTICLES POUR LES EXAMINATIONS	(a) L'ARTICLE EST-IL DISPONIBLE? POSER LA QUESTION POUR CHACUN DES ARTICLES.				(b) L'ARTICLE FONCTIONNE-T-IL?		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ	PAS DISPONIBLE	NE SAIS PAS	OUI	NON	NSP
	LA SALLE ET L'EQUIPEMENT							
539	EQUIPEMENTS ET FOURNITURES							
	a) Speculum	1	2	3 → 539b	8 → 539b	1	2	8
	b) Ecoillor monté (Tige)	1	2	3	8			
540	PROTOCOLES/MATERIELS D'ENSEIGNEMENT							
	a) Protocoles cliniques pour IST	1	2	3	8			
	b) Protocoles pour utilisation de l'approche syndromique dans la prise en charge des IST	1	2	3	8			
	c) Protocoles pour traitement VIH/SIDA	1	2	3	8			
	d) Brochure d'information sur VIH/SIDA pour donner au client	1	2	3	8			

LES TEST CLINIQUE POUR IST/VIH/SIDA

TEST		541. Est-ce que les agents de santé de cet établissement ordonnent des tests?	542. Où le test est-il effectué? CODES: 1=À L'ÉTABLISSEMENT; 2=ÉCHANTILLON PRÉLEVÉ À L'ÉTABLISSEMENT ET ENVOYÉ AILLEURS POUR ETRE TESTÉ; 3=PATIENT ENVOYÉ DANS UN AUTRE ÉTABLISSEMENT POUR ETRE TESTER; 6=AUTRE	543. Au bout de combien de jours le patient reçoit-il les résultats?	544. Combien coûte le TEST en Francs Rwandais?
Syphilis	a) RPR ou VDRL	OUI..... 1 NON .. 2 → 541b	OÙ LE TEST EST-IL EFFECTUÉ <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	b) TPHA	OUI..... 1 NON .. 2 → 541c	OÙ LE TEST EST-IL EFFECTUÉ <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) Coloration Gram		OUI..... 1 NON .. 2 → 541d	OÙ LE TEST EST-IL EFFECTUÉ <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d) Culot Frais		OUI..... 1 NON .. 2 → 541e	OÙ LE TEST EST-IL EFFECTUÉ <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VIH	e) Elisa	OUI..... 1 NO..... 2 → 541f	OÙ LE TEST EST-IL EFFECTUÉ <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	f) VIH Rapide	OUI..... 1 NO..... 2 → 541g	OÙ LE TEST EST-IL EFFECTUÉ <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	g) Western Blott	OUI..... 1 NO..... 2 → 600	OÙ LE TEST EST-IL EFFECTUÉ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	------------------------	-------------------------------	--------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

SECTION 6 : LABORATOIRE

600	Est-ce que cette FOSA fait les tests de laboratoire à l'établissement ? (Si une réponse quelconque à la question 542 ou à la question 410 est « 1 », la réponse est OUI)	OUI..... 1 NON 2	→601 →701
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	--------------

DEMANDER A VOIR OU SONT EFFECTUES LES EXAMENS DE LABORATOIRES SI DES TESTS SONT EFFECTUES DANS L'ETABLISSEMENT

601	Est-ce que l'établissement a, au moins, un technicien de laboratoire?	OUI 1 NON..... 2	
602	Dans cet établissement, effectuez-vous des tests pour les trichomonas?	OUI 1 NON..... 2	

	LES EQUIPEMENT ET RÉACTIFS LABORATOIRE	(a) L'ARTICLE EST-IL DISPONIBLE? POSER LA QUESTION POUR CHACUN DES ARTICLES..				(b) L'ARTICLE FONCTIONNE-T-IL?		
		OBSERVÉ	RAPPORTE	PAS DISPONIBLE	NE SAIS PAS	OUI	NON	NSP
603	Microscope	1	2	3→604	8→604	1	2	8
604	Centrifugeuse	1	2	3→604	8→604	1	2	8
605	Lame pour GE	1	2	3	8			
	a) Giemsa	1	2	3	8			
	b) Leishman	1	2	3	8			
606	Bandelette Réactive (Albumine, Protéine, Sucre)	1	2	3	8			
607	Acide Acétique (Albumine, Protéine)	1	2	3	8			
	TEST POUR REACTIF							
608	HEMOGLOBINMETRE	1	2	3→609	8→609	1	2	8
	a) DRABKIN. Solution ou Photomètre	1	2	3	8			
609	Centrifugeuse à Hématocrite	1	2	3	8			
610	Echelle de TARQUIST	1	2	3	8			
	TEST POUR HIV/SIDA							
611	TEST RAPIDE	1	2	3	8			
612	ELISA+SCANNER	1	2	3→613	8→613	1	2	8
613	WESTERN BLOTT	1	2	3	8			
	TEST POUR IST							
614	VDRL	1	2	3	8			
	a) RPR (Réagine Protéine Recherche)	1	2	3	8			
615	COLORATION AU GRAM	1	2	3	8			
	a) Cristal Violet solution	1	2	3	8			
	b) Réactif de Iugol	1	2	3	8			
	c) Acétone	1	2	3	8			
	d) SOFRANIME SOLUTION	1	2	3	8			
616	Milieu de culture (gélose au CHOCOLAT)	1	2	3	8			

SECTION 7 LES MÉTHODES PLANIFICATION FAMILIALE

700	ENQUÊTEUR: VÉRIFIER 301. SI PLANIFICATION FAMILIALE DISPONIBLE OU NON	PF DISPONIBLE.....1 PF NON DISPONIBLE.....2	→801
-----	-----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------	------

DEMANDER A OBSERVER LA PHARMACIE/ESPACE DE RANGEMENT OU SONT STOCKES LES MÉTHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE

CONTRACEPTIFS DISPONIBLES DANS L'ÉTABLISSEMENT: Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les contraceptifs disponibles dans l'établissement. Je voudrais aussi voir les contraceptifs que vous avez en stocks. POSER LA QUESTION N°. (a) POUR CHAQUE CONTRACEPTIF.ET, S'IL N'EST PAS DISPONIBLE, PASSER À LA METHODE SUIVANTE.

MÉTHODE	(a) Cette Méthode est-elle disponible actuellement ?	(b) Enregistrer si au moins 1 unité/cycle de la méthode non-périmée a été observé	(c) Est-ce que vous avez observé une méthode périmée?	(d) Les méthodes, sont-elles rangées selon la date de péremption?	(e) Au cours des 6 derniers mois, est-il arrivé que l'établissement manque de MÉTHODE ?	(f) Pendant combien de jours au cours des 6 derniers mois est-ce que vous avez manqué de MÉTHODE ?
701 Pilule oestro progestative	OUI 1 NON..... 2→702	OUI, OBSERVE1 RAPPORTE,PAS VU 2→702 NE SAIT PAS..... 8→702	OUI 1 NON2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON.....2 NE SAIT PAS..... 8	OUI1 NON2 →702 NE SAIT PAS8→702	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
702 Pilule progestative	OUI 1 NON..... 2→703	OUI, OBSERVE1 RAPPORTE,PAS VU 2→703 NE SAIT PAS..... 8→703	OUI1 NON2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON.....2 NE SAIT PAS..... 8	OUI1 NON2 →703 NE SAIT PAS8 →703	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
703 Injection (1 mois) NORIGYNON	OUI 1 NON..... 2→704	OUI, OBSERVE1 RAPPORTE,PAS VU 2→704 NE SAIT PAS..... 8→704	OUI 1 NON2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON.....2 NE SAIT PAS..... 8	OUI1 NON2 →704 NE SAIT PAS8→704	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
704 Injection (3 mois) DEPO OU NORISTAT	OUI 1 NON..... 2→705	OUI, OBSERVE1 RAPPORTE,PAS VU 2→705 NE SAIT PAS..... 8→705	OUI 1 NON2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON.....2 NE SAIT PAS..... 8	OUI.....1 NON.....2→705 NE SAIT PAS8→705	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
705 Implants	OUI 1 NON..... 2→706	OUI, OBSERVE1 RAPPORTE,PAS VU 2→706 NE SAIT PAS..... 8→706	OUI 1 NON2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON.....2 NE SAIT PAS..... 8	OUI.....1 NON.....2→706 NE SAIT PAS8→706	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
706 Condoms (masculins)	OUI 1 NON..... 2→707	OUI, OBSERVE1 RAPPORTE,PAS VU 2→707 NE SAIT PAS..... 8→707	OUI 1 NON2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON.....2 NE SAIT PAS..... 8	OUI.....1 NON.....2→707 NE SAIT PAS8→707	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
707 Condoms (féminins)	OUI 1 NON..... 2→708	OUI, OBSERVE1 RAPPORTE,PAS VU 2→708 NE SAIT PAS..... 8→708	OUI 1 NON2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON.....2 NE SAIT PAS..... 8	OUI1 NON.....2→708 NE SAIT PAS8→708	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
708 DIU	OUI 1 NON..... 2→709	OUI, OBSERVE1 RAPPORTE,PAS VU 2→709 NE SAIT PAS..... 8→709	OUI 1 NON2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON.....2 NE SAIT PAS..... 8	OUI1 NON.....2→709 NE SAIT PAS8→709	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

709 SPERMICIDE	OUI 1 NON..... 2→710	OUI, OBSERVE1 RAPPORTE,PAS VU2→710 NE SAIT PAS.....8→710	OUI 1 NON2 NE SAIT PAS.....8	OUI 1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI1 NON.....2→710 NE SAIT PAS.....8→710	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
710	EST-CE QUE LE SYSTEME DE COMMANDE DES PRODUITS DE PF EST LE MÊME QUE CELUI DE COMMANDE DES MÉDICAMENTS POUR LES MALADES ?			OUI, LE MÊME 1 NON, C'EST DIFFERENT..... 2	→713	
711	Est-ce que la formation sanitaire détermine la quantité de méthode dont elle a besoin et passe la commande, ou est-ce que la quantité que vous recevez est déterminée par quelqu'un d'autre?			DETERMINE PROPRES BESOINS ET PASSE COMMANDE 1 BESOIN DETERMINE AILLEURS. 2	→713	
712	SI DETERMINER AILLEURS: Est-ce que vous recevez toujours une quantité fixe ou est-ce que la quantité que vous recevez varie avec votre niveau d'activités?			QUANTITE BASEE SUR NIVEAU D'ACTIVITE...1 APPROVISIONNEMENT STANDARD FIXE.....2		
713	Est-ce que le magasin où les produits contraceptifs sont stockés est le même que le magasin des autres médicaments?			OUI, LA MÊME 1 NON, C'EST DIFFERENT..... 2	→715	
714	OBSERVER LA PLACE OU LES PRODUITS SONT STOCKES ET INDIQUER LES RÉPONSES CORRECTES POUR CHACUNE DES CONDITIONS SUIVANTES					
	LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT PROTÉGÉS DE :			OUI	NON	NE SAIT PAS
	a) EAU (Répondre NON si vous observez des traces sur les murs dues à l'eau, des trous au toit)			1	2	8
	b) SOLEIL (Répondre NON s'il y a des ouvertures dans la chambre par lesquels le soleil peut entrer)			1	2	8
	c) PAS D'ÉVIDENCE DE RONGEUR (rat, souris, chauve souris) (Répondre NON s'il y a des trous dans les boîtes causés par des rongeurs ou des produits partiellement consommés, des excréments de rongeurs, etc.)			1	2	8
715	Y-a-t-il un inventaire écrit pour les METHODES?			OUI 1 NON 2	→801	
716	ENQUETEUR: L'INVENTAIRE ÉCRIT EST-IL À JOUR ET COMPLET?			OUI, OBSERVÉ, A JOUR 1 OUI, OBSERVÉ, PAS A JOUR 2 OUI, A JOUR NON OBSERVÉ 3 NON , A JOUR, NON OBSERVE .. 4 NE SAIT PAS8		

SECTION 8: LES MÉDICAMENTS

DEMANDER D'OBSERVER LA PHARMACIE/ESPACE DE RANGEMENT OU SONT GARDES LES MÉDICAMENTS

MÉDICAMENTS ORAUX	(a) Ce MÉDICAMENT est-il disponible actuellement ?	(b) Enregistrer si au moins 1 médicament non-périmé a été observé	(c) Est-ce que vous avez observé un médicament périmé?	(d) Les médicaments, sont-ils rangés selon la date de péremption?	(e) Au cours des 6 derniers mois, est-il arrivé que l'établissement manque du MÉDICAMENT ?	(f) Pendant combien de jours au cours des 6 derniers mois est-ce que vous avez manqué du MÉDICAMENT ?
801) Aldomet PO	OUI..... 1 NON2→802	OUI, OBSERVE1 RAPPORTE,PAS VU2→802 NE SAIT PAS.....8→802	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI1 NON.....2→802 NE SAIT PAS..8→802	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
802) Comprimés d'Amoxicilline ou sirop	OUI..... 1 NON2→803	OUI, OBSERVE1 RAPPORTE,PAS VU2→803 NE SAIT PAS.....8→803	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI1 NON.....2→803 NE SAIT PAS..8→803	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
803) comprimé d'Ampicilline ou sirop	OUI..... 1 NON2→804	OUI, OBSERVE1 RAPPORTE,PAS VU2→804 NE SAIT PAS.....8→804	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI1 NON.....2→804 NE SAIT PAS..8→804	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
804) aspirine	OUI..... 1 NON2→805	OUI, OBSERVE1 RAPPORTE,PAS VU2→805 NE SAIT PAS.....8→805	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI1 NON.....2→805 NE SAIT PAS..8→805	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
805) Benzathine pénicilline	OUI..... 1 NON2→806	OUI, OBSERVE1 RAPPORTE,PAS VU2→806 NE SAIT PAS.....8→806	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI1 NON.....2→806 NE SAIT PAS..8→806	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
806) Benzyl pénicilline	OUI..... 1 NON2→807	OUI, OBSERVE1 RAPPORTE,PAS VU2→807 NE SAIT PAS.....8→807	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI1 NON.....2→807 NE SAIT PAS..8→807	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
807) Brufen	OUI..... 1 NON2→808	OUI, OBSERVE1 RAPPORTE,PAS VU2→808 NE SAIT PAS.....8→808	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI1 NON.....2→808 NE SAIT PAS..8→808	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
808) Chloramphénicol	OUI..... 1 NON2→809	OUI, OBSERVE1 RAPPORTE,PAS VU2→809 NE SAIT PAS.....8→809	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI1 NON.....2→809 NE SAIT PAS..8→809	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
809) Comprimés de Chloroquine	OUI 1 NON.....2→810	OUI, OBSERVE1 RAPPORTE,PAS VU2→810 NE SAIT PAS.....8→810	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI1 NON.....2→810 NE SAIT PAS..8→810	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

MÉDICAMENTS ORAUX	(a) Ce MÉDICAMENT est-il disponible actuellement ?	(b) Enregistrer si au mois 1 médicament non-périmé a été observé	(c) Est-ce que vous avez observé quelque médicament périmé?	(d) Le médicament, sont-ils rangés selon la date de péremption?	(e) Au cours des 6 derniers mois, est-il arrivé que l'établissement manque du MÉDICAMENTS ?	(f) Pendant combien de jours au cours des 6 derniers mois est-ce que vous avez manqué du MÉDICAMENT ?
810) Comprimés de Cotrimoxazole ou sirop	OUI 1 NON..... 2→811	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→811 NE SAIT PAS..... 8→811	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2→811 NE SAIT PAS..8→811	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
811) Doxycycline	OUI 1 NON..... 2→812	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→812 NE SAIT PAS..... 8→812	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2→812 NE SAIT PAS..8→812	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
812) EH (combiné Ethanbutol & INH)	OUI 1 NON..... 2→813	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→813 NE SAIT PAS..... 8→813	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2→813 NE SAIT PAS..8→813	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
813) Ergométrine Maléate	OUI 1 NON..... 2→814	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→814 NE SAIT PAS..... 8→814	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2→814 NE SAIT PAS..8→814	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
814) Érythromycine	OUI 1 NON..... 2→815	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→815 NE SAIT PAS..... 8→815	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2→815 NE SAIT PAS..8→815	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
815) Éthanbutol ⁴	OUI 1 NON..... 2→816	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→816 NE SAIT PAS..... 8→816	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2→816 NE SAIT PAS..8→816	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
816) Fansidar (Sulphadoxine/ pyrimethamine)	OUI 1 NON..... 2→817	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→817 NE SAIT PAS..... 8→817	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2→817 NE SAIT PAS..8→817	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
817) sulfate ferreux (Fer)	OUI 1 NON..... 2→818	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→818 NE SAIT PAS..... 8→818	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2→818 NE SAIT PAS..8→818	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
818) Fer avec folique	OUI 1 NON..... 2→819	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→819 NE SAIT PAS..... 8→819	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2→819 NE SAIT PAS..8→819	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
818a Acide folic	OUI 1 NON..... 2→819	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→819 NE SAIT PAS..... 8→819	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2→819 NE SAIT PAS..8→819	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
819) Violet de gentianet	OUI 1 NON..... 2→820	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→820 NE SAIT PAS..... 8→820	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2→820 NE SAIT PAS..8→820	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

MÉDICAMENTS ORAUX	(a) Ce MÉDICAMENT est-il disponible actuellement ?	(b) Enregistrer si au moins 1 médicament non-périmé a été observé	(c) Est-ce que vous avez observé un médicament périmé?	(d) Les médicaments, sont-ils rangés selon la date de péremption?	(e) Au cours des 6 derniers mois, est-il arrivé que l'établissement manque du MÉDICAMENT ?	(f) Pendant combien de jours au cours des 6 derniers mois est-ce que vous avez manqué du MÉDICAMENT ?
820) INH	OUI 1 NON..... 2→821	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→821 NE SAIT PAS..... 8→821	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→821 NE SAIT PAS..8→821	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
821) Mebendazole	OUI 1 NON..... 2→822	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→822 NE SAIT PAS..... 8→822	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→822 NE SAIT PAS..8→822	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
822) Metronidazole	OUI 1 NON..... 2→823	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→823 NE SAIT PAS..... 8→823	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→823 NE SAIT PAS..8→823	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
823) Acide Nalidixic	OUI 1 NON..... 2→824	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→824 NE SAIT PAS..... 8→824	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→824 NE SAIT PAS..8→824	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
824) Norfloxacin	OUI 1 NON..... 2→825	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→825 NE SAIT PAS..... 8→825	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→825 NE SAIT PAS..8→825	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
825) Nystatine Passaries	OUI 1 NON..... 2→826	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→826 NE SAIT PAS..... 8→826	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→826 NE SAIT PAS..8→826	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
826) SRO	OUI 1 NON..... 2→827	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→827 NE SAIT PAS..... 8→827	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→827 NE SAIT PAS..8→827	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
827) Paracétamol	OUI 1 NON..... 2→828	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→828 NE SAIT PAS..... 8→828	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→828 NE SAIT PAS..8→828	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
828) Probénicidic	OUI 1 NON..... 2→829	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→829 NE SAIT PAS..... 8→829	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→829 NE SAIT PAS..8→829	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
829) Pyrazinamide	OUI 1 NON..... 2→830	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→830 NE SAIT PAS..... 8→830	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→830 NE SAIT PAS..8→830	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
830) Rifampin ou Rifampincin	OUI 1 NON..... 2→831	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→831 NE SAIT PAS..... 8→831	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→831 NE SAIT PAS..8→831	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

MÉDICAMENTS ORAUX	(a) Ce MÉDICAMENT est-il disponible actuellement ?	(b) Enregistrer si au moins 1 médicament non-périmé a été observé	(c) Est-ce que vous avez observé un médicament périmé?	(d) Les médicaments, sont-ils rangés selon la date de péremption?	(e) Au cours des 6 derniers mois, est-il arrivé que l'établissement manque du MÉDICAMENTS ?	(f) Pendant combien de jours au cours des 6 derniers mois est-ce que vous avez manqué du MÉDICAMENT
831) Rifater (combined INH, rifampin & Pyrazinamide)	OUI 1 NON..... 2→832	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→832 NE SAIT PAS..... 8→832	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→832 NE SAIT PAS..8→832	<input type="text"/>
832) Tétracycline	OUI 1 NON..... 2→833	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→833 NE SAIT PAS..... 8→833	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→833 NE SAIT PAS..8→833	<input type="text"/>
833) Vitamine A 200,000 iu	OUI 1 NON..... 2→834	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→834 NE SAIT PAS..... 8→834	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→834 NE SAIT PAS..8→834	<input type="text"/>
834) Vitamine A 25,000 iu	OUI 1 NON..... 2→835	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→835 NE SAIT PAS..... 8→835	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→835 NE SAIT PAS..8→835	<input type="text"/>
OPHTHALMIQUE 835 Tétracycline en pommade ou gouttes de nitrate d'argent	OUI 1 NON..... 2→836	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→836 NE SAIT PAS..... 8→836	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→836 NE SAIT PAS..8→836	<input type="text"/>
MÉDICAMENTS INJECTION						
836) Ampicillin injection	OUI 1 NON..... 2→837	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→837 NE SAIT PAS..... 8→837	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→837 NE SAIT PAS..8→837	<input type="text"/>
837) Ceftriaxone inj	OUI 1 NON..... 2→838	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→838 NE SAIT PAS..... 8→838	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→838 NE SAIT PAS..8→838	<input type="text"/>
838) Diazepam injection	OUI 1 NON..... 2→839	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→839 NE SAIT PAS..... 8→839	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→839 NE SAIT PAS..8→839	<input type="text"/>
839) Gentamicine ou Kanamycine	OUI 1 NON..... 2→840	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→840 NE SAIT PAS..... 8→840	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→840 NE SAIT PAS..8→840	<input type="text"/>

MÉDICAMENTS INJECTION	(a) Ce MÉDICAMENT est-il disponible actuellement ?	(b) Enregistrer si au moins 1 médicament non-périmé a été observé	(c) Est-ce que vous avez observé un médicament périmé?	(d) Les médicaments, sont-ils rangés selon la date de péremption?	(e) Au cours des 6 derniers mois, est-il arrivé que l'établissement manque du MÉDICAMENT ?	(f) Pendant combien de jours au cours des 6 derniers mois est- ce que vous avez manqué du MÉDICAMENT ?
840) Lidocaine ou xylocaine	OUI 1 NON..... 2→841	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→841 NE SAIT PAS..... 8→841	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→841 NE SAIT PAS..8→841	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
841) Lignocaine	OUI 1 NON..... 2→842	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→842 NE SAIT PAS..... 8→842	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→842 NE SAIT PAS..8→842	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
842) Sulfate de Magnésium ou hidralazine	OUI 1 NON..... 2→843	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→843 NE SAIT PAS..... 8→843	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→843 NE SAIT PAS..8→843	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
843) Oxytocines/ Ergometrine	OUI 1 NON..... 2→844	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→844 NE SAIT PAS..... 8→844	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→844 NE SAIT PAS..8→844	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
844) Procaine pénicilline	OUI 1 NON..... 2→845	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→845 NE SAIT PAS..... 8→845	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→845 NE SAIT PAS..8→845	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
845) Quinine	OUI 1 NON..... 2→846	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→846 NE SAIT PAS..... 8→846	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→846 NE SAIT PAS..8→846	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
846) Spectinomycin	OUI 1 NON..... 2→847	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→847 NE SAIT PAS..... 8→847	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→847 NE SAIT PAS..8→847	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
847) Streptomycine	OUI 1 NON..... 2→848	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→848 NE SAIT PAS..... 8→848	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→848 NE SAIT PAS..8→848	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
848) Eau stérile pour injections	OUI 1 NON..... 2→849	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→849 NE SAIT PAS..... 8→849	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→849 NE SAIT PAS..8→849	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
849) Antiretroviral	OUI 1 NON..... 2→850	OUI, OBSERVE 1 RAPPORTE,PAS VU 2→850 NE SAIT PAS..... 8→850	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2→850 NE SAIT PAS..8→850	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

850	Est-ce que la formation sanitaire détermine la quantité des médicaments dont elle a besoin et passe la commande, ou est-ce que la quantité que vous recevez est déterminée par quelqu'un d'autre?	DETERMINE PROPRES BESOINS ET PASSE COMMANDE 1 BESOIN DETERMINE AILLEURS..... 2			→852
851	SI DETERMINE AILLEURS: Est-ce que vous recevez toujours une quantité fixe ou est-ce que la quantité que vous recevez varie avec votre niveau d'activités?	QUANTITE BASEE SUR NIVEAU D'ACTIVITE 1 APPROVISIONNEMENT STANDARD FIXE 2			
852	OBSERVEZ L'ENDROIT OU SONT STOCKES LES MEDICAMENTS ET INDIQUEZ LA REPONSE CORRECTE POUR CHACUNE DES CONDITIONS SUIVANTES:				
	LES MEDICAMENTS SONT PROTÉGÉS DE :	OUI	NON	NE SAIT PAS	
	a) EAU (Répondre NON si vous observez des traces sur les murs dues à l'eau, des trous au toit)	1	2	8	
	b) SOLEIL (Répondre NON s'il y a des ouvertures dans la chambre par les quels le soleil peut entrer)	1	2	8	
	c) PAS D'ÉVIDENCE DE RONGEUR (rat, souris, chauve souris) Répondre NON s'il y a des trous dans les boites causés par des rongeurs ou des produits partiellement consommés des excréments de rongeurs, etc.)	1	2	8	
853	Y-a-t-il un inventaire écrit pour les médicaments ?	OUI 1 NON..... 2			→901
854	ENQUETEUR: L'INVENTAIRE ÉCRIT EST-IL À JOUR ET COMPLET?	OUI, OBSERVÉ, A JOUR..... 1 OUI, OBSERVÉ, PAS A JOUR..... 2 OUI, A JOUR NON OBSERVÉ..... 3 NON, A JOUR NON OBSERVE 4 NE SAIT PAS..... 8			

SECTION 9 : FOURNITURES

**DEMANDEZ A OBSERVER LE MAGASIN OU L'ENDROIT OU SONT STOCKES
LES FOURNITURES**

FOURNITURES	a) Les FOURNITURES sont-elles disponibles actuellement?	b) Vous-est-il arrivé, au cours des 6 derniers mois de manquer des FOURNITURES?	c) OBSERVER S'IL Y A, AU MOINS, 1 FOURNITURE
901) Antiseptiques (chlorhexidine, alcool à 90° ou autre)	OUI 1 NON 2 → 902	OUI 1 NON 2	OBSERVÉ 1 NON OBSERVÉ 2
902) Chlore ou eau de Javel	OUI 1 NON 2 → 903	OUI 1 NON 2	OBSERVÉ 1 NON OBSERVÉ 2
903) Gants stérilés	OUI 1 NON 2 → 904	OUI 1 NON 2	OBSERVÉ 1 NON OBSERVÉ 2
904) Gants propres	OUI 1 NON 2 → 905	OUI 1 NON 2	OBSERVÉ 1 NON OBSERVÉ 2
905) Porte-aiguille	OUI 1 NON 2 → 906	OUI 1 NON 2	OBSERVÉ 1 NON OBSERVÉ 2
906) Vêtements de protection	OUI 1 NON 2 → 907	OUI 1 NON 2	OBSERVÉ 1 NON OBSERVÉ 2
907) Seringues à usage unique	OUI 1 NON 2 → 908	OUI 1 NON 2	OBSERVÉ 1 NON OBSERVÉ 2
908) Seringues réutilisables	OUI 1 NON 2 → 909	OUI 1 NON 2	OBSERVÉ 1 NON OBSERVÉ 2
909) Aiguilles à usage unique	OUI 1 NON 2 → 910	OUI 1 NON 2	OBSERVÉ 1 NON OBSERVÉ 2
910) Des compresses pour la peau	OUI 1 NON 2 → 911	OUI 1 NON 2	OBSERVÉ 1 NON OBSERVÉ 2
911) Aiguilles et matériel pour effectuer des sutures	OUI 1 NON 2 → 912	OUI 1 NON 2	OBSERVÉ 1 NON OBSERVÉ 2

912. NOTER L'HEURE DE FIN DE L'INTERVIEW

HEURE.....

MINUTES.....

COMMENTAIRES