

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

**DIRECTION GENERALE DES ETUDES
ET DES STATISTIQUES SECTORIELLES**

DIRECTION DES STATISTQUES SECTORIELLES

BURKINA FASO

Unité-Progrès-Justice

ENQUETE SARA 2014
**OUTIL DE VERIFICATION DES
DONNEES DE ROUTINE DU
SYSTEME NATIONAL
D'INFORMATION SANITAIRE
(SNIS)**



Numéro	Question	Résultat	Passer à
OUTIL DE VÉRIFICATION DES DONNÉES COMMUNIQUÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT (REVUE DOCUMENTAIRE)			
IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT			
DV_001	Numéro de l'établissement	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
DV_002	Nom de l'établissement	_____	
DV_003	Localisation de l'établissement (Village/Secteur)	_____	
DV_004	Région	<input type="text"/> <input type="text"/>	
DV_005	District sanitaire	<input type="text"/> <input type="text"/>	
DV_005_A	Commune	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
DV_006	Type d'établissement	CHR/CHU/HN..... 1 CMA..... 2 CM 3 CSPS..... 4	
DV_007	Instance gestionnaire	PUBLIC 1	

Numéro	Question	Résultat		Passer à
A. PREMIÈRE CONSULTATION PRÉNATALE (CPN1)				
DV_008	Cet établissement offre-t-il des services de soins prénatals?	OUI1 NON.....2		→DV_015
DV_009	Cet établissement communique-t-il des données sur les CPN à un système de notification/information?	OUI1 NON.....2		→DV_015
DV_010	Précisez dans la liste ci-dessous le(s) système(s) de notification au(x)quel(s) cet établissement communique des données sur les CPN :	OUI	NON	
01	Système d'information et de gestion sanitaire	1	2	
02	Système de notification/information spécifique au programme de santé maternelle et infantile	1	2	
03	Organisations non-gouvernementales ou institutions	1	2	
04	Autre système de notification/information	1 <hr/> PRÉCISER	2	
<u>DOCUMENTS SOURCES ET RAPPORTS</u>				
DV_011A	Veuillez préciser quels documents sont utilisés dans cet établissement pour enregistrer le nombre de femmes enceintes recevant des soins prénatals ?	OUI	NON	
01	Registre CPN ou cahier de CPN	1	2	
02	Feuilles de pointage CPN	1	2	
03	Fiches de suivi des patients	1	2	
04	Autre	1 <hr/> PRÉCISER	2	
DV_011B	Quel document source cet établissement utilise-t-il pour la déclaration mensuelle des consultations prénatales? Nous nous intéressons principalement au document source qui est utilisé pour compiler le nombre total de visites CPN1 de cet établissement. Veuillez signaler si des documents « improvisés » sont utilisés.	REGISTRE CPN OU CAHIER DE CPN.....1 FEUILLES DE POINTAGE CPN.....2 FICHES DE SUIVI DES PATIENTS.....3 AUTRE (PRÉCISER)____._____96		

EXAMINEZ LE DOCUMENT SOURCE RELATIF AUX CONSULTATIONS PRÉNATALES ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES :

DV_012	Veuillez confirmer la disponibilité du document source. Si disponible, recomptez le nombre de premières consultations prénatales (CPN1) consignées dans ce principal document source pour les mois d'Avril, Mai et Juin 2014. Saisissez le nombre mois par mois.	(A) DOCUMENT SOURCE DISPONIBLE				(B) COMPTEZ LE NOMBRE DE CPN1 DU DOCUMENT SOURCE
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON RENSEIGNÉES	NON	
01	AVRIL	1 → B	2 → B	3 02 <input type="checkbox"/>	4 02 <input type="checkbox"/>	/ / / /
02	MAI	1 → B	2 → B	3 02 <input type="checkbox"/>	4 02 <input type="checkbox"/>	/ / / /
03	JUIN	1 → B	2 → B	3 DV_013 <input type="checkbox"/>	4 DV_013 <input type="checkbox"/>	/ / / /

EXAMINEZ LES RAPPORTS MENSUELS DE CPN1 ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES

DV_013	Veuillez confirmer la disponibilité du rapport mensuel pour les consultations prénatales. Si disponible, veuillez recopier le nombre de premières consultations prénatales figurant dans le rapport mensuel de l'établissement pour les trois mois de la période de vérification.	(A) RAPPORT MENSUEL DISPONIBLE				(B) RECOPIEZ LE NOMBRE DE CPN1 FIGURANT DANS LE RAPPORT MENSUEL	(C) REPORTEZ LE NOMBRE DE CPN1 FIGURANT DANS ENDOS-BF
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON RENSEIGNÉES	NON		
01	AVRIL	1 → B	2 → B	3 02 <input type="checkbox"/>	4 02 <input type="checkbox"/>	/ / / /	/ / / /
02	MAI	1 → B	2 → B	3 02 <input type="checkbox"/>	4 02 <input type="checkbox"/>	/ / / /	/ / / /
03	JUIN	1 → B	2 → B	3 DV_014 <input type="checkbox"/>	4 DV_014 <input type="checkbox"/>	/ / / /	/ / / /

ÉCARTS OBSERVÉS

DV_014	<p>Quelles raisons expliquent, le cas échéant, les écarts observés entre le document source et le rapport mensuel?</p> <p>AUCUN ÉCART.....1</p> <p>ERREURS DANS LE RAPPORTAGE DES DONNÉES.....2</p> <p>ERREURS DE CALCUL.....3</p> <p>INFORMATION DES DIFFÉRENTS DOCUMENTS SOURCES NON COMPILÉE.....4</p> <p>DOCUMENT SOURCE ET/OU RAPPORT MENSUEL NON DISPONIBLE(S).....5</p> <p>AUTRE (PRÉCISER) _____96</p>
--------	--

Numéro	Question	Résultat	Passer à
B. ACCOUCHEMENTS ASSISTES			
DV_015	Cet établissement offre-t-il des services d'accouchement?	OUI1 NON.....2	→DV_022
DV_016	Cet établissement communique-t-il des données sur les accouchements assistés à un système de notification?	OUI1 NON.....2	→DV_022
DV_017	Veillez précisez dans la liste ci-dessous le(s) système(s) de notification au(x)quels cet établissement communique des données sur les accouchements:	OUI	NON
01	Système d'information et de gestion sanitaire	1	2
02	Système de notification spécifique au programme de santé maternelle et infantile	1	2
03	Organisations non-gouvernementales ou institutions	1	2
04	Autre système de notification	1 _____	2
PRÉCISER			
DOCUMENTS SOURCES ET RAPPORTS			
DV_018A	Veillez préciser quels documents sont utilisés dans cet établissement pour enregistrer le nombre d'accouchements en institution:	OUI	NON
01	Registre d'accouchement	1	2
02	Feuilles de pointage des accouchements	1	2
03	Fiches de suivi des patients	1	2
04	Autre	1 _____	2
PRÉCISER			
DV_018B	Quel document source cet établissement utilise-t-il pour la déclaration mensuelle des accouchements assistés? Nous nous intéressons principalement au document source qui est utilisé pour compiler le nombre total d'accouchements effectués dans cet établissement. Veillez signaler si des documents « improvisés » sont utilisés.	REGISTRE DES ACCOUCHEMENTS1 FEUILLES DE POINTAGE DES ACCOUCHEMENTS.....2 FICHES DE SUIVI DES PATIENTS.....3 AUTRE (PRÉCISER) _____96	

EXAMINEZ LE DOCUMENT SOURCE RELATIF AUX ACCOUCHEMENTS ASSISTES ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES

DV_019	Veuillez confirmer la disponibilité du document source. Si disponible, recomptez le nombre d'accouchements effectués dans l'établissement consignés dans ce principal document source pour les mois d'Avril, Mai et Juin 2014. Reportez le nombre mois par mois.	(A) DOCUMENT SOURCE DISPONIBLE				(B) COMPTEZ LE NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS EFFECTUES DANS L'ETABLISSEMENT DANS LE DOCUMENT SOURCE
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON RENSEIGNÉES	NON	
01	AVRIL	1 → B	2 → B	3 02 <input type="checkbox"/>	4 02 <input type="checkbox"/>	/ / / / /
02	MAI	1 → B	2 → B	3 02 <input type="checkbox"/>	4 02 <input type="checkbox"/>	/ / / / /
03	JUIN	1 → B	2 → B	3 DV_020 <input type="checkbox"/>	4 DV_020 <input type="checkbox"/>	/ / / / /

RÉVISEZ LE RAPPORT MENSUEL SUR LES ACCOUCHEMENTS ASSISTES ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES

DV_020	Veuillez confirmer la disponibilité du rapport mensuel pour les accouchements assistés (MOIS1 à MOIS3). Si disponible, recopiez le nombre d'accouchements effectués dans l'établissement figurant dans le rapport mensuel sur les trois mois de la période de vérification.	(A) RAPPORT MENSUEL DISPONIBLE				(B) RECOPIEZ LE NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS FIGURANTS DANS LE RAPPORT MENSUEL	(C) REPORTEZ LE NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS FIGURANTS DANS ENDOS-BF
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON RENSEIGNÉES	NON		
01	AVRIL	1 → B	2 → B	3 02 <input type="checkbox"/>	4 02 <input type="checkbox"/>	/ / / / /	/ / / / /
02	MAI	1 → B	2 → B	3 02 <input type="checkbox"/>	4 02 <input type="checkbox"/>	/ / / / /	/ / / / /
03	JUIN	1 → B	2 → B	3 DV_021 <input type="checkbox"/>	4 DV_021 <input type="checkbox"/>	/ / / / /	/ / / / /

ÉCARTS OBSERVÉS

DV_021	<p>Quelles raisons expliquent, le cas échéant, les écarts observés entre le document source et le rapport mensuel?</p> <p>AUCUN ÉCART1</p> <p>ERREURS DANS LE RAPPORTAGE DES DONNÉES.....2</p> <p>ERREURS DE CALCUL.....3</p> <p>INFORMATION DES DIFFÉRENTS DOCUMENTS SOURCES NON COMPILÉE.....4</p> <p>DOCUMENT SOURCE ET/OU RAPPORT MENSUEL NON DISPONIBLE(S).....5</p> <p>AUTRE (PRÉCISER)96</p>
--------	---

Numéro	Question	Résultat	Passer à
C. TROISIÈME DOSES DE VACCIN PENTAVALENT/DTC (PENTA/DTC) CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 1 AN			
DV_022	Cet établissement offre-t-il des services de vaccination?	OUI1 NON.....2	→DV_045
DV_023	Cet établissement communique-t-il des données sur la vaccination à un système de notification?	OUI1 NON.....2	→DV_045
DV_024	Veillez préciser dans la liste ci-dessous le(s) système(s) de notification au(x)quels cet établissement communique des données de vaccination:	OUI	NON
01	Système d'information et de gestion sanitaire	1	2
02	Programme vaccination/PEV	1	2
03	Organisations non-gouvernementales ou institutions	1	2
04	Autre système de notification	1 _____	2
		PRÉCISER	
<u>DOCUMENTS SOURCES ET RAPPORTS</u>			
DV_025	Veillez préciser quels documents sont utilisés dans cet établissement pour enregistrer le nombre d'enfants vaccinés?	OUI	NON
01	Registre santé de l'enfant ou registre/cahier de vaccination	1	2
02	Feuilles de pointage vaccination	1	2
03	Fiches infantiles/carte de vaccination	1	2
04	Autre	1 _____	2
		PRÉCISER	
DV_026	Quel document source cet établissement utilise-t-il pour la déclaration mensuelle de la vaccination DTC (Penta) ? Nous nous intéressons principalement au document source qui est utilisé pour compiler le nombre total des vaccinations DTC (Penta). Veuillez signaler si des documents « improvisés » sont utilisés.	REGISTRE SANTE DE L'ENFANT OU REGISTRE/CAHIER DE VACCINATIONS.....1 FEUILLES DE POINTAGE.....2 CARTES SANTÉ DE L'ENFANT/CARTE VACCINATION.....3 AUTRE (PRÉCISER) _____ 96	

EXAMINEZ LE DOCUMENT SOURCE RELATIF AU DTC3 (PENTA3) ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES

DV_033	Veuillez confirmer la disponibilité du document source. Si disponible, recomptez le nombre de vaccinations DTC3 (PENTA3) chez les enfants de moins de 1 an consignées dans ce principal document source pour les mois d'Avril, Mai et Juin 2014. Saisissez le nombre mois par mois.	(A) DOCUMENT SOURCE DISPONIBLE				(B) COMPTEZ LE NOMBRE DE VACCINATIONS DTC3 (PENTA3) CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 1 AN DANS LE DOCUMENT SOURCE
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON RENSEIGNÉES	NON	
01	AVRIL	1 → B	2 → B	3 02 <input type="text"/>	4 02 <input type="text"/>	/ / / / /
02	MAI	1 → B	2 → B	3 02 <input type="text"/>	4 02 <input type="text"/>	/ / / / /
03	JUIN	1 → B	2 → B	3 DV_034 <input type="text"/>	4 DV_034 <input type="text"/>	/ / / / /

EXAMINEZ LE RAPPORT MENSUEL RELATIF AU DTC3 (PENTA3) ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES

DV_034	Veuillez confirmer la disponibilité du rapport mensuel pour la vaccination DTC3/PENTA3. Si disponible recopiez le nombre de vaccinations DTC3 (PENTA3) figurant dans le rapport mensuel PEV de l'établissement pour les trois mois de la période de vérification.	(A) RAPPORT MENSUEL DISPONIBLE				(B) RECOPIEZ LE NOMBRE DE VACCINATIONS DTC3 (PENTA3) FIGURANT DANS LE RAPPORT MENSUEL	(C) REPORTEZ LE NOMBRE DE VACCINATIONS DTC3 (PENTA3) FIGURANT DANS ENDOS-BF
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON RENSEIGNÉES	NON		
01	AVRIL	1 → B	2 → B	3 02 <input type="text"/>	4 02 <input type="text"/>	/ / / / /	/ / / / /
02	MAI	1 → B	2 → B	3 02 <input type="text"/>	4 02 <input type="text"/>	/ / / / /	/ / / / /
03	JUIN	1 → B	2 → B	3 DV_035 <input type="text"/>	4 DV_035 <input type="text"/>	/ / / / /	/ / / / /

ÉCARTS OBSERVÉS

DV_035	<p>Quelles raisons expliquent, le cas échéant, les écarts observés entre le document source et le rapport mensuel?</p> <p>AUCUN ÉCART.....1</p> <p>ERREURS DANS LE RAPPORTAGE DES DONNÉES.....2</p> <p>ERREURS DE CALCUL.....3</p> <p>INFORMATION DES DIFFÉRENTS DOCUMENTS SOURCES NON COMPILÉE.....4</p> <p>DOCUMENT SOURCE ET/OU RAPPORT MENSUEL NON DISPONIBLE(S).....5</p> <p>AUTRE (PRÉCISER)96</p>
--------	--

Numéro	Question	Résultat		Passer à
D. COUVERTURE EN MATIÈRE DE CONSEIL ET DE DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LA FEMME ENCEINTE				
DV_052	Cet établissement offre-t-il des services de conseil et dépistage du VIH aux femmes enceintes?	OUI1 NON.....2		→DV_094
DV_053	Cet établissement communique-t-il des données sur le nombre de femmes enceintes recevant des services de conseil et dépistage du VIH à un système de notification?	OUI1 NON.....2		→DV_094
DV_054	Précisez dans la liste ci-dessous le(s) système(s) de notification au(x)quels cet établissement communique des données sur les femmes enceintes recevant des services de conseil et dépistage du VIH:	OUI	NON	
01	Système d'information et de gestion sanitaire	1	2	
02	Direction de la Santé de la Famille et/ou Programme national du VIH/SIDA	1	2	
03	Organisations non-gouvernementales ou institutions	1	2	
04	Autre système de notification	1 _____	2	
DOCUMENTS SOURCES ET RAPPORTS				
DV_055A	Veuillez préciser quels documents sont utilisés dans cet établissement pour enregistrer le nombre de femmes enceintes bénéficiant de services de conseil et dépistage du VIH:	OUI	NON	
01	Registre PTME	1	2	
02	Feuilles de pointage	1	2	
03	Fiches de suivi des patients (fiches de soins du VIH/fiches de suivi du TARV)	1	2	
04	Registre CPN ou cahier de CPN	1	2	
05	Registre des accouchements	1	2	
06	Autre	1 _____	2	
DV_055B	Quel document source cet établissement utilise-t-il pour la déclaration mensuelle du nombre de femmes enceintes ayant reçu des services de conseil et dépistage du VIH? Nous nous intéressons principalement au document source qui est utilisé pour compiler le nombre total de services de conseil et dépistage offerts aux femmes enceintes dans cet établissement. Veuillez signaler si des documents « improvisés » sont utilisés.	REGISTRE DE PTME.....1 FEUILLES DE POINTAGE2 FICHES DE SUIVI DES PATIENTS3 REGISTRE CPN OU CAHIER DE CPN.....4 REGISTRE ACCOUCHEMENTS.....5 AUTRE (PRÉCISER) _____96		

EXAMINEZ LE DOCUMENT SOURCE RELATIF AUX SERVICES DE CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES

DV_056	Veuillez confirmer la disponibilité du document source. Si disponible, recomptez le nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'un service de conseil et dépistage du VIH consignées dans ce principal document source pour les mois d'Avril, Mai et Juin 2014. Saisissez le nombre mois par mois.	(A) DOCUMENT SOURCE DISPONIBLE				(B) COMPTEZ LE NOMBRE FEMMES ENCEINTES AYANT BÉNÉFICIE D'UN SERVICE DE CONSEIL ET DE DÉPISTAGE DU VIH DANS LE DOCUMENT SOURCE
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON RENSEIGNÉES	NON	
01	AVRIL	1 → B	2 → B	3 02 <input type="text"/>	4 02 <input type="text"/>	/ / / / /
02	MAI	1 → B	2 → B	3 02 <input type="text"/>	4 02 <input type="text"/>	/ / / / /
03	JUIN	1 → B	2 → B	3 DV_057 <input type="text"/>	4 DV_057 <input type="text"/>	/ / / / /

EXAMINEZ LE RAPPORT MENSUEL RELATIF AUX SERVICES DE CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTE

DV_057	Veuillez confirmer la disponibilité du rapport mensuel concernant les femmes enceintes ayant bénéficié d'un service de conseil et dépistage du VIH. Si disponible, veuillez recopier le nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'un service de conseil et dépistage du VIH figurant dans le rapport mensuel de l'établissement sur les trois mois de la période de vérification.	(A) RAPPORT MENSUEL DISPONIBLE				(B) RECOPIEZ LE NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES AYANT BÉNÉFICIE D'UN SERVICE DE CONSEIL ET DE DÉPISTAGE DU VIH FIGURANT DANS LE RAPPORT MENSUEL	(C) REPORTEZ LE NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES AYANT BÉNÉFICIE D'UN SERVICE DE CONSEIL ET DE DÉPISTAGE DU VIH FIGURANT DANS ENDOS-BF
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON RENSEIGNÉES	NON		
01	AVRIL	1 → B	2 → B	3 02 <input type="text"/>	4 02 <input type="text"/>	/ / / / /	/ / / / /
02	MAI	1 → B	2 → B	3 02 <input type="text"/>	4 02 <input type="text"/>	/ / / / /	/ / / / /
03	JUIN	1 → B	2 → B	3 DV_058 <input type="text"/>	4 DV_058 <input type="text"/>	/ / / / /	/ / / / /

ÉCARTS OBSERVÉS

DV_058	<p>Quelles raisons expliquent, le cas échéant, les écarts observés entre le document source et le rapport mensuel?</p> <p>AUCUN ÉCART1</p> <p>ERREURS DANS LE RAPPORTAGE DES DONNÉES.....2</p> <p>ERREURS DE CALCUL.....3</p> <p>INFORMATION DES DIFFÉRENTS DOCUMENTS SOURCES NON COMPILÉE.....4</p> <p>DOCUMENT SOURCE ET/OU RAPPORT MENSUEL NON DISPONIBLE(S).....5</p> <p>AUTRE (PRÉCISER)96</p>
--------	---

Numéro	Question	Résultat		Passer à
E. DIAGNOSTIC ET PEC DU PALUDISME				
DV_094	Cet établissement offre-t-il des services de diagnostic du paludisme?	OUI1 NON.....2		→FIN
DV_095	Cet établissement communique-t-il des données sur les cas de paludisme à un système de notification?	OUI1 NON.....2		→FIN
DV_096	Veuillez préciser dans la liste ci-dessous le(s) système(s) de notification/information au(x)quels cet établissement communique des données sur les cas de paludisme:	OUI	NON	
01	Système d'information et de gestion sanitaire	1	2	
02	Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP)	1	2	
03	Organisations non-gouvernementales ou institutions	1	2	
04	Autre système de notification	1 _____	2	
		PRÉCISER		
<u>DOCUMENTS SOURCES ET RAPPORTS</u>				
DV_097 A	Veuillez préciser quels documents sont utilisés dans cet établissement pour enregistrer le nombre de cas de paludisme grave chez les moins de cinq ans:	OUI	NON	
01	Registre des consultations externes	1	2	
02	Registre PCIME	1	2	
03	Fiches de suivi des patients	1	2	
04	Autre	1 _____	2	
		PRÉCISER		
DV_097 B	Quel document source cet établissement utilise-t-il pour la déclaration mensuelle des cas de paludisme? Nous nous intéressons principalement au document source qui est utilisé pour compiler les cas de paludisme. Veuillez signaler si des documents « improvisés » sont utilisés.	REGISTRE CONSULTATIONS EXTERNES1 REGISTRE PCIME2 FICHES DE SUIVI DES PATIENTS3 AUTRE (PRÉCISER) _____96		

EXAMINEZ LE DOCUMENT SOURCE RELATIF AUX CAS DE PALUDISME GRAVE CHEZ LES MOINS DE CINQ ANS ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES

DV_098	Veuillez confirmer la disponibilité du document source. Si disponible, recomptez le nombre de cas de paludisme grave chez les moins de cinq ans consignés dans ce principal document source pour les mois d'Avril, Mai et Juin 2014. Saisissez le nombre mois par mois.	(A) DOCUMENT SOURCE DISPONIBLE				(B) COMPTEZ LE NOMBRE DE CAS DE PALUDISME GRAVE CHEZ LES MOINS DE CINQ ANS DANS LE DOCUMENT SOURCE
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON RENSEIGNÉES	NON	
01	AVRIL	1 → B	2 → B	3 02 <input type="text"/>	4 02 <input type="text"/>	/ / / / /
02	MAI	1 → B	2 → B	3 02 <input type="text"/>	4 02 <input type="text"/>	/ / / / /
03	JUIN	1 → B	2 → B	3 DV_099 <input type="text"/>	4 DV_099 <input type="text"/>	/ / / / /

EXAMINEZ LE RAPPORT MENSUEL RELATIF AUX CAS DE PALUDISME GRAVE CHEZ LES MOINS DE CINQ ANS ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES

DV_099	Veuillez confirmer la disponibilité du rapport mensuel pour les cas de paludisme grave chez les moins de cinq ans (MOIS1 à MOIS3). Si disponible recopiez le nombre de cas de paludisme figurant dans le rapport mensuel pour les trois mois de la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3).	(A) RAPPORT MENSUEL DISPONIBLE				(B) RECOPIEZ LE NOMBRE DE CAS DE PG CHEZ LES MOINS DE CINQ ANS FIGURANT DANS LE RAPPORT MENSUEL	(C) REPORTEZ LE NOMBRE DE CAS DE PG CHEZ LES MOINS DE CINQ ANS FIGURANT DANS ENDOS-BF
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON RENSEIGNÉES	NON		
01	AVRIL	1 → B	2 → B	3 02 <input type="text"/>	4 02 <input type="text"/>	/ / / / /	/ / / / /
02	MAI	1 → B	2 → B	3 02 <input type="text"/>	4 02 <input type="text"/>	/ / / / /	/ / / / /
03	JUIN	1 → B	2 → B	3 DV_100 <input type="text"/>	4 DV_100 <input type="text"/>	/ / / / /	/ / / / /

ÉCARTS OBSERVÉS

DV_100	<p>Quelles raisons expliquent, le cas échéant, les écarts observés entre le document source et le rapport mensuel?</p> <p>AUCUN ÉCART1</p> <p>ERREURS DANS LE RPPORTAGE DES DONNÉES.....2</p> <p>ERREURS DE CALCUL.....3</p> <p>INFORMATION DES DIFFÉRENTS DOCUMENTS SOURCES NON COMPILÉE.....4</p> <p>DOCUMENT SOURCE ET/OU RAPPORT MENSUEL NON DISPONIBLE(S).....5</p> <p>AUTRE (PRÉCISER) _____ 96</p>
--------	---