

# QUESTIONNAIRE SARA 2014

# SARA questionnaire

**Version 2.2, July 2014**

Le questionnaire SARA est organisé selon les sections suivantes:

- **Section 1: Page de couverture**
  - Visite de l'enquêteur
  - Identification de l'établissement
  - Informations générales
- **Section 2: Personnel**
- **Section 3: Lits d'hospitalisation et de mise en observation**
- **Section 4: Infrastructure**
  - Communications
  - Ambulance/transport pour les urgences
  - Source d'énergie électrique
  - Eléments de confort de base
  - Lutte contre l'infection
  - Traitement du matériel en vue de sa réutilisation
  - Gestion des déchets des activités de soins
  - Supervision
  - Equipements essentiels
  - Mesures de prévention de l'infection
- **Section 5: Services disponibles**
  - Planification familiale
  - Soins prénatals
  - Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
  - Soins obstétricaux et soins du nouveau-né
  - Césariennes
  - Vaccination
  - Soins préventifs et curatifs pour enfants
  - Services de santé destinés aux adolescents
  - Conseil et dépistage du VIH
  - Traitement du VIH/SIDA
  - Soins et appui en matière de VIH
  - Infections sexuellement transmissibles
  - Tuberculose
  - Paludisme
  - Maladies non-transmissibles
  - Chirurgie
  - Transfusion sanguine
- **Section 6: Diagnostics**
- **Section 7: Médicaments et autres produits**
- **Section 8: Observations de l'enquêteur**

Numéro	Question	Résultat	
<b>SECTION 1 : PAGE DE COUVERTURE</b>			
<b>VISITE DE L'ENQUÊTEUR</b>			
001	Numéro d'identification de l'établissement	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
002	S'agit-il d'un contrôle de validation d'établissement par un superviseur?	VISITE ENQUÊTEUR POUR COLLECTE DE DONNÉES .....	1
		CONTRÔLE DE VALIDATION PAR UN SUPERVISEUR .....	2
Date	1	2	3
Nom de l'enquêteur			
VISITE FINALE			
			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"/> N ° ENQUÊTEUR <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>			
003	Nom de l'établissement	_____	
004	Localisation de l'établissement (Secteur/Village)	_____	
005	Région	<input type="text"/> <input type="text"/>	
006	District	<input type="text"/> <input type="text"/>	
006_A	Commune	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
007	Type d'établissement*	CHU/HN..... 1 CHR..... 2 CMA..... 3 CM..... 4 CSPS..... 5 Clinique..... 8 Polyclinique..... 9 Cabinet médical..... 10 Cabinet de soins infirmiers..... 11 Autre (à préciser) _____ 96	

## 2. Questionnaire

Numéro	Question	Résultat	
<b>008</b>	Instance gestionnaire	Établissement Public.....	1
		Établissement Militaire.....	2
		Confessionnel.....	3
		Communautaire (ONG/Association).....	4
		Privé (à but lucratif).....	5
		Parapublic.....	6
		Autre (à préciser) _____	96
<b>009</b>	Milieu d'implantation	URBAIN .....	1
		RURAL .....	2
<b>010</b>	Consultations externes uniquement (soins ambulatoires)	OUI.....	1
		NON .....	2

### INFORMATIONS GÉNÉRALES

CODE ENQUÊTEUR

--	--

TROUVEZ LE DIRECTEUR, LA PERSONNE CHARGÉE DE LA GESTION DE L'ÉTABLISSEMENT, OU LE CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ LE PLUS CONFIRMÉ RESPONSABLE DES SERVICES DE CONSULTATIONS EXTERNES QUI EST PRÉSENT DANS L'ÉTABLISSEMENT. LISEZ LA FORMULE DE SALUTATION SUIVANTE :

Bonjour ! Je m'appelle \_\_\_\_\_. Nous sommes ici au nom du **Ministère de la santé** pour réaliser une enquête sur les établissements de soins afin d'aider le gouvernement à en savoir plus sur les services de santé au BURKINA FASO.

Je vais maintenant vous lire quelques lignes qui vous expliqueront l'étude que nous menons.

Votre établissement a été sélectionné pour participer à cette étude. Nous allons vous poser des questions sur les divers services de santé qu'il propose. Les informations recueillies sur votre établissement pourront être utilisées par le **Ministère de la santé**, par les organisations apportant un appui aux services dans votre établissement, et par les chercheurs, dans le but d'améliorer les services ou de réaliser des études plus approfondies sur les services de santé.

Ni votre nom ni celui des autres professionnels de santé interrogés participant à cette étude ne seront cités dans les données ou les rapports ; mais il y a peu de risques de pouvoir identifier plus tard l'une de ces personnes interrogées. Nous vous demandons ainsi votre aide pour nous assurer de l'exactitude des informations recueillies.

Vous êtes libre de refuser de répondre à n'importe quelle question ou de décider d'interrompre l'entretien à tout moment. Nous espérons cependant que vous répondrez à nos questions, dans l'intérêt des services que vous dispensez et de la nation.

S'il y a d'après vous des questions auxquelles une autre personne serait plus à même de répondre, nous vous serions reconnaissants de nous présenter cette personne pour qu'elle nous aide à obtenir les informations demandées.

Pour le moment, avez-vous des questions sur l'étude ? Ai-je votre accord pour débiter l'enquête ?

\_\_\_\_\_  
 SIGNATURE ET CACHET DU RESPONSABLE DE L'ETABLISSEMENT

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

JOUR                  MOIS                  ANNÉE

NUMERO DU RESPONSABLE : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

<b>015</b>	Puis-je commencer l'entretien ?	OUI.....	1	→ 5001				
		NON .....	2					
<b>016</b>	<b>HEURE DE DÉBUT DE L'ENTRETIEN</b> (utiliser le système de temps sur 24 heures)	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> : <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>						

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat	Passer à
<b>MODULE 1 : DISPONIBILITÉ DES SERVICES</b>				
<b>SECTION 2 : PERSONNEL</b>				
	<b>200</b>	J'ai quelques questions sur le personnel travaillant dans cet établissement. Veuillez me dire combien de membres du personnel ayant chacune des qualifications suivantes sont communément affectés à, employés par, ou détachés dans l'établissement. Ne comptez qu'une seule fois chaque personne, pour sa qualification technique ou professionnelle la plus élevée. En ce qui concerne les médecins, je souhaiterais également savoir combien d'entre eux travaillent à temps partiel dans cet établissement ?	<b>A) AFFECTÉS/ EMPLOYÉS/ DÉTACHÉS</b>	<b>B) À TEMPS PARTIEL</b>
S4	<b>01</b>	Médecins généralistes (non spécialistes)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
S4	<b>02</b>	Médecins spécialistes	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
S4	<b>03</b>	Autres cliniciens (attachés de santé)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
S4	<b>04</b>	Professionnels des soins infirmiers (IDE, IB)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
S4	<b>05</b>	Professionnels des soins obstétricaux (AA, AB, ME/SFE)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<b>08</b>	Pharmaciens	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<b>11</b>	Techniciens de laboratoire (médical et pathologie)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<b>12</b>	Agents de santé à base communautaire	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>SECTION 3 : LITS D'HOSPITALISATION ET DE MISE EN OBSERVATION</b>				
S2	<b>301</b>	À l'exclusion des tables d'accouchement, combien cet établissement possède-t-il au total de lits d'hospitalisation/de mise en observation aussi bien pour adultes que pour enfants ?	NB DE LITS D'HOSPITALISATION/OBSERVATION.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
S3	<b>302</b>	Sur tous les lits d'hospitalisation/de mise en observation, combien d'entre eux sont des lits réservés à la maternité ? <b>CECI N'INCLUT PAS LES TABLES D'ACCOUCHEMENT</b>	NB DE LITS DE MATERNITÉ RÉSERVÉS. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat	Passer à
<b><u>MODULE 2 : PRÉPARATION DES SERVICES</u></b>				
<b><u>SECTION 4: INFRASTRUCTURE</u></b>				
<b>Cette section sera consacrée aux questions relatives à l'infrastructure.</b>				
<b><u>COMMUNICATIONS</u></b>				
15	<b>400</b>	Cet établissement possède-t-il une <b><u>ligne téléphonique fixe en état de fonctionner</u></b> , toujours disponible pour appeler à l'extérieur à tout moment pendant que les services sont dispensés aux patients ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
15	<b>401</b>	Cet établissement possède-t-il <b><u>un téléphone mobile en état de marche ou un téléphone mobile privé</u></b> qui est pris en charge par l'établissement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
15	<b>402</b>	Cet établissement possède-t-il une <b><u>radio autonome de communication (RAC) en état de marche</u></b> pour les appels radio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
16	<b>403</b>	Cet établissement possède-t-il <b><u>un ordinateur en état de fonctionner</u></b> ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
16	<b>404</b>	Est-il possible d'accéder à des services de messagerie électronique ou à internet dans l'établissement aujourd'hui ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
<b><u>AMBULANCE/TRANSPORT POUR LES URGENCES</u></b>				
17	<b>405</b>	Cet établissement possède-t-il une <b><u>ambulance fonctionnelle</u></b> ou un autre véhicule fonctionnel pour le transport d'urgence des patients, qui est garé dans l'établissement ou opère à partir de cet établissement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→407
17	<b>406</b>	Cet établissement a-t-il <b><u>accès</u></b> à une ambulance ou à un autre véhicule pour le transport d'urgence des patients, qui est garé dans un autre établissement ou qui opère à partir d'un autre établissement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→408 →408
17	<b>407</b>	Y a-t-il du carburant disponible aujourd'hui pour cette ambulance ou ce véhicule?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS..... 98	
<b><u>SOURCE D'ÉNERGIE ÉLECTRIQUE</u></b>				
11	<b>408</b>	L'établissement est-il approvisionné en électricité quelle que soit la source (par ex. réseau, générateur, solaire ou autre) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→417

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat	Passer à
11	409	Comment l'électricité est-elle utilisée dans l'établissement ?	SEULEMENT POUR L'ALIMENTATION D'APPAREILS/INSTRUMENTS MÉDICAUX ÉLECTRIQUES AUTONOMES (par ex. chambre froide PEV, réfrigérateur, appareil d'aspiration, etc.)..... 1 ÉCLAIRAGE ELECTRIQUE (SAUF LAMPES DE POCHE) ET COMMUNICATION ..... 2 ÉCLAIRAGE ELECTRIQUE, COMMUNICATION, ET UN OU DEUX APPAREILS/INSTRUMENTS MÉDICAUX ÉLECTRIQUES ..... 3 TOUS LES BESOINS DES INSTALLATIONS ÉLECTRIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT ..... 4	
	410	Quelle est la source principale d'électricité de l'établissement ?	RÉSEAU CENTRAL D'ALIMENTATION ÉLECTRIQUE (par ex. réseau national ou communautaire) ..... 1 GROUPE ÉLECTROGÈNE (générateur fonctionnant avec du carburant ou batterie) ..... 2 SYSTÈME A ÉNERGIE SOLAIRE ..... 3 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
	411	En dehors de la source principale, l'établissement dispose-t-il d'une source d'électricité secondaire ou de secours?  SI OUI: quelle est la source secondaire d'électricité?	PAS DE SOURCE SECONDAIRE ..... 0 RÉSEAU CENTRAL D'ALIMENTATION ÉLECTRIQUE (par ex. réseau national ou communautaire) ..... 1 GROUPE ÉLECTROGÈNE (générateur fonctionnant avec du carburant ou batterie) ..... 2 SYSTÈME A ÉNERGIE SOLAIRE ..... 3 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
11	412	Au cours des 7 derniers jours, l'électricité a-t-elle été disponible sans interruption aux heures d'ouverture des services de l'établissement ?	TOUJOURS DISPONIBLE SANS INTERRUPTION..... 1 DISPONIBLE AVEC QUELQUES INTERRUPTIONS DE MOINS DE 2 HEURES PAR JOUR ..... 2 INTERRUPTION FREQUENTES OU PROLONGÉES DE PLUS DE 2 HEURES PAR JOUR ..... 3	
		VÉRIFIER Q410 ET Q411: L'ÉTABLISSEMENT A UN GROUPE ÉLECTROGÈNE ("2" ENTOURÉ POUR L'UNE OU L'AUTRE QUESTION) 	L'ÉTABLISSEMENT N'A PAS DE GROUPE ÉLECTROGÈNE ("2" N'EST PAS ENTOURÉ POUR L'UNE OU L'AUTRE QUESTION) 	Q415

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat	Passer à
	<b>413</b>	Le groupe électrogène est-il fonctionnel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS..... 98	→415 →415
	<b>414</b>	Y a-t-il du carburant ou une batterie chargée disponible aujourd'hui ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS..... 98	
	<b>415</b>	VÉRIFIER Q410 AND Q411: L'ÉTABLISSEMENT A UN SYSTÈME A ÉNERGIE SOLAIRE ("3 ENTOURÉ POUR L'UNE OU L'AUTRE QUESTION) 	L'ÉTABLISSEMENT N'A PAS DE SYSTÈME A ÉNERGIE SOLAIRE ("3 N'EST PAS ENTOURÉ POUR LES DEUX QUESTIONS) 	Q417
	<b>416</b>	Le système à énergie solaire est-il fonctionnel ?	OUI, FONCTIONNEL..... 1 PARTIELLEMENT FONCTIONNEL (BATTERIE NÉCESSITE RÉPARATION/REPLACEMENT) ..... 2 NON, PAS FONCTIONNEL ..... 3 NE SAIT PAS..... 98	
<b>ÉLÉMENTS DE CONFORT DE BASE</b>				
	<b>417</b>	En moyenne, combien d'heure par jour l'établissement est-il ouvert ?	4 HEURES OU MOINS ..... 1 5 A 8 HEURES ..... 2 9 A 16 HEURES ..... 3 17 A 23 HEURES ..... 4 24 HEURES ..... 5	
12	<b>418</b>	Qu'elle est la source d'eau <b>la plus couramment utilisée</b> pour l'établissement <b>en ce moment</b> ?	ROBINET DANS L'ÉTABLISSEMENT ..... 1 ROBINET DANS L'ENCEINTE DE L'ÉTABLISSEMENT ..... 2 ROBINET PUBLIC/BORNE-FONTAINE ..... 3 FORAGE/PUITS TUBÉ ..... 4 PUITS ORDINAIRE PROTÉGÉ..... 5 PUITS ORDINAIRE NON PROTÉGÉ ..... 6 COLLECTE DE L'EAU DE PLUIE ..... 9 EAU EN BOUTEILLES..... 10 CHARRIOT + PETITE CITERNE/ FÛT ..... 11 CAMION-CITERNE ..... 12 EAU DE SURFACE ..... 13 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 98 PAS DE SOURCE D'EAU ..... 00	→420 →420 →420 →420 →420 →420 →420 →420 →420 →420 →420 →420 →420 →420 →420 →420 →420 →420

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat	Passer à																																																
I2	419	Une sortie d'eau de cette source est-elle disponible à moins de 500 mètres de l'établissement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																																																	
I3	420	Y a-t-il une pièce préservant la confidentialité (intimité auditive et visuelle) disponible pour les consultations des patients ? <b>DEMANDER A VOIR LA PIECE.</b>	INTIMITÉ AUDITIVE UNIQUEMENT ..... 1 INTIMITÉ VISUELLE UNIQUEMENT..... 2 INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE ..... 3 PAS D'INTIMITÉ..... 4																																																	
I4	421	Y a-t-il des toilettes (latrine) <b>en état de fonctionner</b> qui sont disponibles pour les patients des consultations externes générales ?  SI OUI : quel type de toilettes ? <b>CONSIDÉRER LA PLUS MODERNE (SÉLECTIONNER <u>UNE</u> SEULE RÉPONSE).</b>	TOILETTES À CHASSE D'EAU MANUELLE ..... 1 LATRINE AMÉLIORÉE À FOSSE AUTOVENTILÉE ou VIP ..... 2 LATRINE À FOSSE DALLÉE (LATRINE TRADITIONNELLE AVEC DALLE ..... 3 LATRINE À FOSSE NON DALLÉE/A CIEL OUVERT..... 4 TOILETTES À COMPOSTAGE ..... 5 SEAU ..... 6 TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES..... 7 PAS DE TOILETTES/ BUISSONS/ CHAMPS.. 8																																																	
<b>LUTTE CONTRE L'INFECTION</b>																																																				
T1	422	Cet établissement a-t-il des directives sur la prévention des infections (PI) ? <b>SI OUI, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	OUI, OBSERVÉ ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ..... 2 NON ..... 3																																																	
<b>TRAITEMENT DU MATÉRIEL EN VUE DE SA RÉUTILISATION</b>																																																				
	423	Pour chacun des éléments indiqués ci-dessous, veuillez m'indiquer s'il est disponible ou pas dans l'établissement aujourd'hui, et s'il fonctionne ou pas aujourd'hui. <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL ET INDIQUEZ S'IL FONCTIONNE OU PAS</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">A) DISPONIBLE</th> <th colspan="3">B) FONCTIONNE</th> </tr> <tr> <th>OBSERVÉ</th> <th>DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ</th> <th>NON DISPONIBLE</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NE SAIT PAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 → B</td> <td>2 → B</td> <td>3 02 ↵</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1 → B</td> <td>2 → B</td> <td>3 03 ↵</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1 → B</td> <td>2 → B</td> <td>3 04 ↵</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1 → B</td> <td>2 → B</td> <td>3 05 ↵</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1 ↵ 06</td> <td>2 ↵ 06</td> <td>3 06 ↵</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 → B</td> <td>2 → B</td> <td>3 424 ↵</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	A) DISPONIBLE			B) FONCTIONNE			OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBLE	OUI	NON	NE SAIT PAS	1 → B	2 → B	3 02 ↵	1	2	8	1 → B	2 → B	3 03 ↵	1	2	8	1 → B	2 → B	3 04 ↵	1	2	8	1 → B	2 → B	3 05 ↵	1	2	8	1 ↵ 06	2 ↵ 06	3 06 ↵				1 → B	2 → B	3 424 ↵	1	2	8	
A) DISPONIBLE			B) FONCTIONNE																																																	
OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBLE	OUI	NON	NE SAIT PAS																																															
1 → B	2 → B	3 02 ↵	1	2	8																																															
1 → B	2 → B	3 03 ↵	1	2	8																																															
1 → B	2 → B	3 04 ↵	1	2	8																																															
1 → B	2 → B	3 05 ↵	1	2	8																																															
1 ↵ 06	2 ↵ 06	3 06 ↵																																																		
1 → B	2 → B	3 424 ↵	1	2	8																																															
I8	01	Autoclave électrique (pression & chaleur humide)																																																		
I8	02	Autoclave à gaz																																																		
I8	03	Stérilisateur électrique à chaleur sèche (poupinel)																																																		
	04	Chauffe-eau ou cuiseur à vapeur électrique (non pressurisé)																																																		
	05	Marmite non électrique avec couvercle pour ébullition/vapeur (cocotte-minute)																																																		
I8	06	Source de chaleur pour matériel non électrique (fourneau ou cuisinière)																																																		

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat	Passer à
		<b>GESTION DES DÉCHETS DES ACTIVITÉS DE SOINS</b>		
19	<b>424</b>	<p>À présent, j'aimerais vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des déchets de votre établissement concernant les déchets piquants coupants, comme les aiguilles ou les lames.</p> <p>Comment votre établissement élimine-t-il <b>au final</b> les déchets piquants coupants (par exemple, les boîtes à aiguilles pleines) ?</p> <p><b>SONDER AFIN D'OBTENIR LA RÉPONSE CORRECTE.</b></p> <p><b>NOTE: SI CERTAINES DES RÉPONSES 2-9 PRENNENT PLACE EN DEHORS DE L'ENCEINTE DE L'ÉTABLISSEMENT, LA RÉPONSE CORRECTE A ENTOURER SERA DANS LA CATÉGORIE "EVACUÉS HORS SITE"</b></p>	<p><b>BRÛLÉS DANS UN INCINÉRATEUR</b></p> <p>INDUSTRIEL A 2 CHAMBRES (800-1000+ °C) .....2</p> <p>BRIQUES/TAMBOUR A CHAMBRE UNIQUE3</p> <p><b>BRÛLÉS DANS UNE ENCEINTE OUVERTE</b></p> <p>TERRAIN PLAT – PAS DE PROTECTION ..... 4</p> <p>FOSSÉ OU TERRAIN PROTÉGÉ ..... 5</p> <p><b>ENTASSÉS EN DÉCHARGE SANS ÊTRE BRÛLÉS</b></p> <p>TERRAIN PLAT – PAS DE PROTECTION ..... 6</p> <p>FOSSÉ COUVERTE OU LATRINE A FOSSE ... 7</p> <p>FOSSÉ OUVERTE – PAS DE PROTECTION... 8</p> <p>FOSSÉ OU TERRAIN PROTÉGÉ ..... 9</p> <p><b>ÉVACUÉS HORS SITE</b></p> <p>STOCKÉS DANS UN RÉCIPENT COUVERT 10</p> <p>STOCKÉS DANS UN AUTRE ENVIRONNEMENT PROTÉGÉ..... 11</p> <p>STOCKÉS NON PROTÉGÉS ..... 12</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISER)</p> <p>JAMAIS EU DE DECHETS PIQUANTS COUPANTS ..... 95</p>	

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat	Passer à
I10	425	<p>À présent, j'aimerais vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des déchets de votre établissement concernant les déchets médicaux autres que les déchets piquants coupants, comme par exemple les pansements usagés.</p> <p>Comment votre établissement élimine-t-il <b>au final</b> les déchets médicaux autres que les boîtes à aiguilles ?</p> <p><b>SONDER AFIN D'OBTENIR LA RÉPONSE CORRECTE.</b></p> <p><b>NOTE: SI CERTAINES DES RÉPONSES 2-9 PRENNENT PLACE EN DEHORS DE L'ENCEINTE DE L'ÉTABLISSEMENT, LA RÉPONSE CORRECTE A ENTOURER SERA DANS LA CATÉGORIE "EVACUÉS HORS SITE"</b></p>	PAREIL QUE POUR LES DÉCHETS PIQUANTS COUPANTS ..... 1 <b>BRÛLÉS DANS UN INCINÉRATEUR INDUSTRIEL A 2 CHAMBRES (800-1000+ °C)</b> ..... 2 BRIQUES/TAMBOUR A CHAMBRE UNIQUE3 <b>BRÛLÉS DANS UNE ENCEINTE OUVERTE</b> TERRAIN PLAT – PAS DE PROTECTION ..... 4 FOSSE OU TERRAIN PROTEGE ..... 5 <b>ENTASSÉS EN DÉCHARGE SANS ÊTRE BRÛLÉS</b> TERRAIN PLAT – PAS DE PROTECTION ..... 6 FOSSE COUVERTE OU LATRINE A FOSSE ... 7 FOSSE OUVERTE – PAS DE PROTECTION... 8 FOSSE OU TERRAIN PROTEGE ..... 9 <b>ÉVACUÉS HORS SITE</b> STOCKES DANS UN RECIPIENT COUVERT 10 STOCKES DANS UN AUTRE ENVIRONNEMENT PROTEGE..... 11 STOCKES NON PROTEGES ..... 12 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) JAMAIS EU DE DECHETS MEDICAUX AUTRES PIQUANTS COUPANTS ..... 95	
	426	VÉRIFIEZ Q424 ET Q425: INCINÉRATEUR UTILISÉ (SOIT "2" OU "3" ENTOURÉ) 	INCINÉRATEUR NON UTILISÉ (NI "2" NI "3" ENTOURÉ) 	Q430
I9 I10	427	L'incinérateur est-il fonctionnel aujourd'hui ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS..... 98	→430 →430
I9 I10	428	Y a-t-il du combustible (gaz, carburant) disponible aujourd'hui ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS..... 98	
<b>SUPERVISION</b>				
	430	Quand est-ce que cet établissement a reçu une visite de supervision du niveau supérieur (Directions centrales, DRS, Equipe cadre du District ou autre) pour la dernière fois?	CE MOIS-CI ..... 1 DANS LES TROIS DERNIERS MOIS..... 2 PLUS DE TROIS MOIS..... 3 NE SAIT PAS..... 98	→500 →500
	431	Au cours de cette visite de supervision, le superviseur a-t-il évalué les éléments suivants?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat			Passer à		
	<b>01</b>	Pharmacie (par ex. rupture de stock, date d'expiration des médicaments, outils de gestion, etc.)?	1	2				
	<b>02</b>	Personnel (par ex. disponibilité et formation du personnel)	1	2				
	<b>03</b>	Données (par ex. complétude, promptitude et qualité des rapports périodiques du système d'information sanitaire envoyés)	1	2				
<b>SECTION SUR CONSULTATIONS EXTERNES</b>								
<b>ÉQUIPEMENTS ESSENTIELS</b>								
	<b>500</b>	J'aimerais savoir si les fournitures et les équipements essentiels suivants, utilisés dans la prestation de services aux patients, sont disponibles dans la zone des consultations externes générales de cet établissement. Pour chaque équipement ou matériel, veuillez me dire s'il est disponible aujourd'hui et s'il fonctionne. <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>	<b>A) DISPONIBLE</b>			<b>B) FONCTIONNE</b>		
			OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBLE	OUI	NON	NE SAIT PAS
E1	<b>01</b>	Pèse-personne/Balance pour adultes	1 → B	2 → B	3 02 ↙	1	2	8
E2 E38	<b>02</b>	Balance pour enfants/ graduations 250 grammes	1 → B	2 → B	3 03 ↙	1	2	8
E38	<b>03</b>	Pèse-bébé – graduations 100 grammes	1 → B	2 → B	3 04 ↙	1	2	8
E18	<b>04</b>	Mètre ruban (ou toise ou stadiomètre)	1 → B	2 → B	3 05 ↙	1	2	8
E3	<b>05</b>	Thermomètre	1 → B	2 → B	3 06 ↙	1	2	8
E4	<b>06</b>	Stéthoscope	1 → B	2 → B	3 07 ↙	1	2	8
E5	<b>07</b>	Tensiomètre (peut-être digital ou sphygmomanomètre manuel avec stéthoscope)	1 → B	2 → B	3 08 ↙	1	2	8
E6	<b>08</b>	Source de lumière pour examen (lampe de poche acceptable)	1 → B	2 → B	3 09 ↙	1	2	8
M27	<b>09</b>	Nécessaires à perfusion intraveineuse (perfuseur+intranule)	1 10 ↙	2 10 ↙	3 10 ↙			
E45	<b>10</b>	Concentrateurs d'oxygène	1 → B	2 → B	3 11 ↙	1	2	8
E45	<b>11</b>	Bonbonnes d'oxygène	1 → B	2 → B	3 12 ↙	1	2	8

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat			Passer à		
E45	12	Alimentation centralisée d'oxygène	1 → B	2 → B	3 13 ←	1	2	8
E45	13	Débitmètre d'oxygène (avec humidificateur)	1 → B	2 → B	3 14 ←	1	2	8
E45	14	Dispositif de distribution de l'oxygène (tubes de raccordement et masque/branches nasales)	1 → B	2 → B	3 501 ←	1	2	8
E45	501	A tout moment au cours des 3 derniers mois, l'oxygène a-t-elle été indisponible ?	OUI..... 1 NON ..... 2					
<b>MESURES DE PRÉVENTION DE L'INFECTION</b>								
	600	J'aimerais savoir si les ressources/fournitures suivantes, utilisées pour la lutte contre l'infection, sont disponibles dans la zone des consultations externes générales de cet établissement. Pour chaque ressource ou fourniture, veuillez me dire si elle est disponible ou non aujourd'hui. <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>	<b>OBSERVÉ</b>	<b>DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ</b>	<b>NON DISPONIBLE</b>			
I15	01	Eau courante saine (sous conduite, seau avec robinet, ou broc à bec verseur)	1	2	3			
I15	02	Savon liquide/savon en pain pour le lavage des mains	1	2	3			
I15	03	Solution nettoyante pour les mains à base d'alcool	1	2	3			
I16	04	Gants en latex jetables	1	2	3			
I12	05	Réceptacle à déchets (poubelle à pédale) avec couvercle et sac poubelle en plastique	1	2	3			
I11	06	Collecteur à piquants/coupants (boîte à aiguilles, ou "conteneur de sécurité")	1	2	3			
I13	07	Désinfectant environnemental (par exemple chlore, eau de javel, alcool)	1	2	3			
I14	08	Seringues à usage unique avec aiguilles jetables	1	2	3			
I14	09	Seringues autobloquantes	1	2	3			

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat	Passer à
	<b><u>SECTION 5 : SERVICES DISPONIBLES</u></b>			
	Cette section sera consacrée aux questions relatives aux services disponibles.			
	<b><u>A. SANTÉ DE LA REPRODUCTION, DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ</u></b>			
	<b><i>SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE</i></b>			
S7	700	Cet établissement offre-t-il des services de planification familiale ?	OUI..... 1 NON ..... 2	→800

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat		Passer à
		TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE DANS CET ÉTABLISSEMENT. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE, ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.			
	<b>701</b>	Cet établissement <i>fournit-il</i> ou <i>prescrit-il</i> l'une des méthodes modernes de planification familiale suivantes :	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
S7_01	<b>01</b>	Pilules contraceptives orales combinées (estrogène-progestérone) (Oralcon, Stediril, Adepal Microgynon, Planif.....)	1	2	
S7_02	<b>02</b>	Pilules contraceptives progestatives (Microlut Nor)	1	2	
S7_03	<b>03</b>	Contraceptifs injectables combinés (estrogène-progestérone)	1	2	
S7_04	<b>04</b>	Contraceptifs injectables progestatifs (Dépo-provera, Sayana Press, ...)	1	2	
S7_05	<b>05</b>	Préservatifs masculins	1	2	
S7_06	<b>06</b>	Préservatifs féminins	1	2	
S7_07	<b>07</b>	Dispositif contraceptif intra-utérin (DIU)	1	2	
S7_08	<b>08</b>	Implant (Jadelle, Implanon, Norplan)	1	2	
S7_09	<b>09</b>	Chapelets de perles pour la méthode standard de décompte des jours (méthode collier)	1	2	
S7_10	<b>10</b>	Pilules anticonceptionnelles d'urgence (Pilules du lendemain : Norlevo ou autre combinaison) <b>SI LES PILULES SONT DISPONIBLES, LA CONTRACEPTION D'URGENCE EST AUSSI DISPONIBLE EN TERMES DE PRESTATION.</b>	1	2	
S7_11	<b>11</b>	Stérilisation masculine (Vasectomie)	1	2	
S7_12	<b>12</b>	Stérilisation féminine (Ligature des trompes)	1	2	
	<b>702</b>	Cet établissement <i>fournit-il</i> ou <i>prescrit-il</i> l'une des méthodes modernes de planification familiale suivantes aux <b><i>adolescents non mariés</i></b> :	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
S12_02 S12_03	<b>01</b>	Pilules contraceptives orales combinées (estrogène-progestérone) (Oralcon, Stediril, Adepal Microgynon, Planif.....)	1	2	
S12_02 S12_04	<b>02</b>	Préservatifs masculins	1	2	
S12_02 S12_06	<b>03</b>	Pilules anticonceptionnelles d'urgence (Pilules du lendemain : Norlevo ou autre combinaison) <b>SI LES PILULES SONT DISPONIBLES, LA CONTRACEPTION D'URGENCE EST AUSSI DISPONIBLE EN TERMES DE PRESTATION.</b>	1	2	

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat			Passer à
S12_02 S12_07	04	Dispositif contraceptif intra-utérin (DIU)	1	2		
	703	Les documents suivants sont-ils disponibles dans cet établissement aujourd'hui : <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	<b>OUI, OBSERVÉ</b>	<b>OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ</b>	<b>NON</b>	
T2	01	Directives nationales en matière de planification familiale	1	2	3	
T62	02	Fiche individuelle de suivi pour la planification familiale	1	2	3	
	704	Est-ce que vous-même, ou un autre prestataire de services de planification familiale dans votre établissement :	<b>OUI</b>		<b>NON</b>	
T3	01	Avez reçu une formation sur la planification familiale au cours des trois années passées ?	1	2		
T16	02	Avez reçu une formation sur la santé sexuelle et reproductive de l'adolescent au cours des trois années passées ?	1	2		
	705	Cet établissement stocke-t-il des produits contraceptifs dans ce service?	OUI..... 1 NON ..... 2			→800
	706	L'un des médicaments et produits <b>de santé reproductive</b> suivants est-il disponible dans ce service aujourd'hui ? <b>VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREPTION EST NON DÉPASSÉE POUR AU MOINS UN DE CHAQUE MÉDICAMENT ET PRODUIT.</b>	<b>DISPONIBILITÉ CONSTATÉE</b>		<b>NON CONSTATÉE</b>	
			<b>AU MOINS UN NON PÉRIMÉ</b>	<b>DISPONIBLE MAIS PÉRIMÉ</b>	<b>DISPONIBILITÉ SIGNALÉE MAIS NON CONSTATÉE</b>	<b>NON DISPONIBLE AUJOURD'HUI</b>
			<b>JAMAIS DISPONIBLE</b>			
M15	01	Pilules contraceptives orales combinées (Oralcon, Stediril, Adepal Microgynon, Planif.....)	1	2	3	4 5
M96	02	Pilules contraceptives progestatives (Microlut)	1	2	3	4 5
M16 M97	03	Contraceptifs injectables combinés (estrogène-progestérone)	1	2	3	4 5
M16 M98	04	Contraceptifs injectables progestatifs (Dépoprovera, Sayana Press, ...)	1	2	3	4 5
M17	05	Préservatifs masculins	1	2	3	4 5
M99	06	Préservatifs féminins	1	2	3	4 5
M150 M108	07	Implant (Jadelle, Implanon, Norplan)	1	2	3	4 5
M151 M109	08	Contraception d'urgence (Pilules du lendemain : Norlevo ou autre combinaison)	1	2	3	4 5
M105	09	Dispositif contraceptif intra-utérin (DIU)	1	2	3	4 5

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat				Passer à
	<b>707</b>	Pour chacun des éléments suivants, veuillez vérifier dans les registres s'il y a eu une rupture de stock au cours des 3 derniers mois:	<b>RUPTURE DE STOCK AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS</b>	<b>PAS DE RUPTURE DE STOCK AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS</b>	<b>NON-INDIQUÉ</b>	<b>PRODUIT NON OFFERT</b>	<b>REGISTRE NON DISPONIBLE</b>
M99_A	<b>01</b>	Préservatifs féminins	1	2	3	4	5
M150_A	<b>02</b>	Implant (Jadelle, Implanon, Norplant)	1	2	3	4	5
M151_A	<b>03</b>	Contraception d'urgence (Pilules du lendemain : Norlevo ou autre combinaison)	1	2	3	4	5
<b>SERVICES DE SOINS PRÉNATALS</b>							
S8	<b>800</b>	Cet établissement offre-t-il des services de soins prénatals ?	OUI..... 1 NON .....2				→900
<b>TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LES SERVICES DE SOINS PRÉNATALS DANS CET ÉTABLISSEMENT. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE, ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.</b>							
	<b>801</b>	Est-ce que les dispensateurs de soins prénatals dispensent l'un des services suivants aux femmes enceintes dans le cadre des services réguliers de soins prénatals ?	<b>OUI</b>		<b>NON</b>		
S8_01	<b>01</b>	Supplémentation en fer	1		2		
S8_02	<b>02</b>	Supplémentation en fer et acide folique	1		2		
S8_03	<b>03</b>	Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg)	1		2		
S8_04	<b>04</b>	Vaccination antitétanique	1		2		
S8_05	<b>05</b>	Surveillance des syndromes d'hypertension liés à la grossesse	1		2		
	<b>802</b>	Les documents suivants sont-ils disponibles dans l'établissement aujourd'hui : <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	<b>OUI, OBSERVÉ</b>	<b>OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ</b>		<b>NON</b>	
T4	<b>01</b>	Directives nationales en matière de soins prénatals	1	2	3		
T63	<b>02</b>	Fiche CPN	1	2	3		
T19	<b>03</b>	Directives nationales, liste de contrôle et/ou fiche de prise en charge pour le TPIg (y compris affiches murales) <b>ACCEPTABLE SI FONT PARTIE DES DIRECTIVES SUR LES SOINS PRÉNATALS</b>	1	2		3	
	<b>803</b>	Est-ce que vous-même, ou un autre dispensateur de soins prénatals dans votre établissement :	<b>OUI</b>		<b>NON</b>		
T5	<b>01</b>	Avez reçu une formation sur les soins prénatals au cours des trois années passées?	1		2		

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat			Passer à
T21	02	Avez reçu une formation sur le TPIg au cours des trois années passées ?	1	2		
<b>PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT</b>						
S20	900	Cet établissement offre-t-il des services de PTME ?	OUI..... 1	NON .....2		→1000
<b>TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LES SERVICES DE PTME DANS CET ÉTABLISSEMENT. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE, ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.</b>						
	901	Dans le cadre des services de PTME, veuillez me dire si les dispensateurs de soins dans cet établissement dispensent les services suivants aux patients :	<b>OUI</b>	<b>NON</b>		
S20_01	01	Offrent des services de conseil et de dépistage du VIH aux femmes enceintes pour la PTME	1	2		
S20_02	02	Offrent des services de conseil et de dépistage du VIH aux enfants nés de mères VIH-positives pour la PTME	1	2		
S20_03	03	Offrent une prophylaxie ARV aux femmes enceintes VIH-positives pour la PTME	1	2		
S20_04	04	Offrent une prophylaxie ARV aux nourrissons nés de mères VIH-positives pour la PTME	1	2		
S20_05	05	Offrent des services de conseils sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant pour la PTME	1	2		
S20_06	06	Offrent des services de conseils nutritionnels aux femmes enceintes VIH-positives et ensuite à leurs enfants pour la PTME	1	2		
S20_07	07	Offrent des conseils en planification familiale aux femmes enceintes VIH-positives pour la PTME	1	2		
	902	Les directives suivantes sont-elles disponibles dans cet établissement aujourd'hui : <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	<b>OUI, OBSERVÉ</b>	<b>OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ</b>	<b>NON</b>	
T37	01	Directives nationales en matière de PTME	1	2	3	
T38	02	Directives en matière de conseils sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	1	2	3	
	903	Est-ce que vous-même, ou un autre prestataire de services de PTME dans votre établissement :	<b>OUI</b>	<b>NON</b>		
T39	01	Avez reçu une formation sur la PTME au cours des trois années passées ?	1	2		

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat		Passer à
T40	<b>02</b>	Avez reçu une formation sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au cours des trois années passées ?	1	2	
I24	<b>904</b>	La pièce ou la zone réservée aux services de PTME est-elle une pièce/zone préservant la confidentialité (intimité auditive et visuelle)?	INTIMITÉ AUDITIVE UNIQUEMENT..... 1 INTIMITÉ VISUELLE UNIQUEMENT ..... 2 INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE ..... 3 PAS D'INTIMITÉ ..... 4		
<b>SERVICES DE SOINS OBSTÉTRICAUX ET DE SOINS DU NOUVEAU-NÉ</b>					
S9	<b>1000</b>	Cet établissement offre-t-il des services d'accouchement (y compris accouchement normal, soins obstétricaux d'urgence de base et/ou soins obstétricaux d'urgence complets) et/ou des soins du nouveau-né?	OUI..... 1 NON .....2		→1100
TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LES SERVICES DE SOINS OBSTÉTRICAUX ET DU NOUVEAU-NÉ DANS CET ÉTABLISSEMENT. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE, ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.					
	<b>1001</b>	Veillez me dire si les interventions suivantes sont effectuées de façon <u>routinière</u> par les dispensateurs de services dans cet établissement :	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
S9_13	<b>01</b>	Administration d'ocytocine de façon systématique à toutes les femmes après accouchement pour la prévention de l'hémorragie post-partum	1	2	
S9_14	<b>02</b>	Suivi et gestion du travail avec utilisation d'un partogramme	1	2	
S9_15	<b>03</b>	Allaitement immédiat et exclusif	1	2	
S9_16	<b>04</b>	Soin d'hygiène du cordon (coupé avec un instrument stérile et application de désinfectant à la pointe et à la souche et aucune autre substance appliquée)	1	2	
S9_17	<b>05</b>	Protection thermique (séchage du nouveau-né immédiatement après la naissance et enveloppement)	1	2	
	<b>1002</b>	Veillez me dire si l'une des interventions suivantes pour la gestion des complications pendant et après la grossesse et naissance a été effectuée au cours des 12 mois passés par les dispensateurs des services d'accouchement dans le cadre de leur travail dans cet établissement.	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
S9_01 S9_18 S26_03	<b>01</b>	Administration parentérale d'antibiotiques (IV ou IM) pour les mères	1	2	
S9_02 S9_18 S26_03	<b>02</b>	Administration parentérale d'ocytociques (IV ou IM) pour le traitement de l'hémorragie post-partum	1	2	

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat			Passer à
S9_03 S9_18 S26_03	<b>03</b>	Administration parentérale de sulfate de magnésium pour le traitement de la pré-éclampsie ou éclampsie (IV ou IM)	1	2		
S9_04 S9_18 S26_03	<b>04</b>	Accouchement assisté par voie basse	1	2		
S9_05 S9_18 S26_03	<b>05</b>	Extraction manuelle du placenta	1	2		
S9_06 S9_18 S26_03	<b>06</b>	Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU)	1	2		
S9_07 S9_19 S26_03	<b>07</b>	Réanimation néonatale avec ballon et masque	1	2		
S26_01 S26_03	<b>08</b>	Césarienne	1	2		
S26_02 S26_03	<b>09</b>	Transfusion sanguine	1	2		
S9_09 S9_19	<b>10</b>	Antibiotiques pour prématurés ou RPM prolongée (rupture prématurée des membranes) pour prévenir l'infection	1	2		
S9_10 S9_19	<b>11</b>	Corticoïdes en travail prématuré	1	2		
S9_11 S9_19	<b>12</b>	Peau-à-peau (méthode kangourou) pour prématurés/nouveau-nés de très petite taille	1	2		
S9_12 S9_19	<b>13</b>	Antibiotiques injectables pour la septicémie néonatale	1	2		
	<b>1003</b>	Les documents suivants sont-ils disponibles dans l'établissement aujourd'hui : <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	<b>OUI, OBSERVÉ</b>	<b>OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ</b>	<b>NON</b>	
T6	<b>01</b>	Toute directive nationale pour les soins essentiels d'accouchement	1	2	3	
T64	<b>02</b>	Registre d'accouchement	1	2	3	
	<b>1004</b>	Est-ce que vous-même, ou un autre prestataire de services d'accouchement dans votre établissement :	<b>OUI</b>	<b>NON</b>		
T65	<b>01</b>	Avez reçu une formation sur la réanimation du nouveau-né avec utilisation du ballon et masque au cours des trois dernières années?	1	2		
T7	<b>02</b>	Avez reçu, en dehors de la réanimation du nouveau-né, une formation sur les SONUB au cours des trois dernières années?	1	2		
	<b>1005</b>	J'aimerais savoir si les équipements essentiels suivants sont disponibles dans ce service	<b>A) DISPONIBLE</b>		<b>B) FONCTIONNE</b>	

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat					Passer à
			OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBLE	OUI	NON	NE SAIT PAS
		aujourd'hui. Pour chaque équipement ou matériel, veuillez me dire s'il est disponible aujourd'hui et s'il fonctionne : <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>						
E7	<b>01</b>	Lampe d'examen (lampe de poche)	1 → B	2 → B	3 02 ←	1	2	8
E8	<b>02</b>	Boîte d'accouchement (devrait inclure les éléments de 03 à 07)	1 → B	2 → B	3 03 ←	1	2	8
E8	<b>03</b>	Pince à cordon	1 → B	2 → B	3 04 ←	1	2	8
E8	<b>04</b>	Ciseaux d'épisiotomie	1 → B	2 → B	3 05 ←	1	2	8
E8	<b>05</b>	Ciseaux ou lame pour couper le cordon	1 → B	2 → B	3 06 ←	1	2	8
E8	<b>06</b>	Fil de suture avec aiguille	1 07 ←	2 07 ←	3 07 ←			
E8	<b>07</b>	Porte-aiguille	1 → B	2 → B	3 08 ←	1	2	8
E10	<b>08</b>	Ventouse obstétricale manuelle	1 → B	2 → B	3 09 ←	1	2	8
E11	<b>09</b>	Aspirateur manuel ou boîte à dilatation et curetage (kit D&C)	1 → B	2 → B	3 10 ←	1	2	8
E30	<b>10</b>	Couveuse	1 → B	2 → B	3 11 ←	1	2	8
I20	<b>11</b>	Gants en latex jetables	1 12 ←	2 12 ←	3 12 ←			
E13	<b>12</b>	Partographe (vierge)	1 13 ←	2 13 ←	3 13 ←			
E37	<b>13</b>	Table d'accouchement	1 → B	2 → B	3 14 ←	1	2	8
E50	<b>14</b>	Table de réanimation (avec source de chaleur) (pour la réanimation du nouveau-né)	1 → B	2 → B	3 15 ←	1	2	8
E12 E43	<b>15</b>	Ballon et masque facial pour bébés nés à terme, taille 1 (pour réanimation néonatale)	1 → B	2 → B	3 16 ←	1	2	8
E12 E43	<b>16</b>	Ballon et masque facial pour bébés prématurés, taille 0 (pour réanimation néonatale)	1 → B	2 → B	3 17 ←	1	2	8
E9 E43	<b>17</b>	Pompe électrique pour appareil d'aspiration	1 → B	2 → B	3 18 ←	1	2	8
E9 E43	<b>18</b>	Sonde d'aspiration (pour appareil d'aspiration) pour aspiration du nouveau-né	1 → B	2 → B	3 19 ←	1	2	8

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat					Passer à
E9 E43	19	Embout pour aspiration, à usage unique	1 → B	2 → B	3 20	1	2	8
E9 E43	20	Embout pour aspiration, multi-usage stérilisable	1 → B	2 → B	3 21	1	2	8
E44	21	Speculum	1 → B	2 → B	3 1006	1	2	8
	1006	Cet établissement stocke-t-il des médicaments pour les soins obstétricaux dans ce service ?	OUI..... 1 NON ..... 2					→1009
	1007	L'un des médicaments et produits suivants est-il disponible dans ce service aujourd'hui ? <b>VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREPTION EST NON DÉPASSÉE POUR AU MOINS UN DE CHAQUE MÉDICAMENT ET PRODUIT.</b>	<b>DISPONIBILITÉ CONSTATÉE</b>			<b>NON CONSTATÉE</b>		
			AU MOINS UN NON PÉRIMÉ	DISPONIBLE MAIS PÉRIMÉ	DISPONIBILITÉ SIGNALÉE MAIS NON CONSTATÉE	NON DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE	
M21	01	Collyre antibiotique ophtalmique pour nouveau-né	1	2	3	4	5	
M72 M23 M110 M141	02	Gentamycine en injection	1	2	3	4	5	
M71 M23	03	Ampicilline en poudre pour injection	1	2	3	4	5	
M106	04	Hydralazine injectable	1	2	3	4	5	
M73	05	Métronidazole en injection	1	2	3	4	5	
M75	06	Azithromycine en gélule/comprimé ou liquide oral	1	2	3	4	5	
M76	07	Céfixime en gélule/comprimé	1	2	3	4	5	
M77	08	Benzathine benzylpénicilline, en poudre pour injection	1	2	3	4	5	
M79	09	Nifédipine en gélule/comprimé (10mg)	1	2	3	4	5	
M107	10	Methyldopa en comprimé	1	2	3	4	5	
M70	11	Gluconate de calcium en injection	1	2	3	4	5	
M24	12	Sulfate de magnésium en injection	1	2	3	4	5	
M26	13	Désinfectant pour la peau	1	2	3	4	5	
M27	14	Solution intraveineuse avec nécessaire à perfusion	1	2	3	4	5	
M69	15	Chlorure de sodium en solution injectable	1	2	3	4	5	
M78	16	Bétaméthasone en injection	1	2	3	4	5	
M78 M129	17	Dexaméthasone en injection	1	2	3	4	5	
M22	18	Oxytocine en injection	1	2	3	4	5	

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat	Passer à
		SI L'OCYTOCINE EST CONSTATÉE DISPONIBLE (Q1007_18 "1" OU "2") 	SI L'OCYTOCINE EST CONSTATÉE NON DISPONIBLE (Q1007_18 "3","4", OU" 5") 	Q1009
	<b>1008</b>	L'ocytocine est-elle stockée au froid?	OUI..... 1 NON ..... 2	
<b>Césarienne</b>				
	<b>1009</b>	VÉRIFIEZ Q1002_08: CÉSARIENNES PROPOSÉES 	CÉSARIENNES NON PROPOSÉES 	Q1100
T51	<b>1010</b>	Les directives nationales en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) sont-elles disponibles aujourd'hui dans cet établissement ? <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	OUI, OBSERVÉ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ ..... 2 NON ..... 3	
T52	<b>1011</b>	Est-ce que vous-même, ou un autre prestataire de services d'accouchement dans votre établissement, avez reçu une formation sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) au cours des trois années passées ?	OUI..... 1 NON ..... 2	
T53	<b>1012</b>	Cet établissement compte-t-il parmi son personnel un professionnel de santé capable de pratiquer une césarienne, qui est présent dans l'établissement ou sur appel 24 heures/24 (y compris week-ends et jours fériés) ?	OUI..... 1 NON ..... 2	
T54	<b>1013</b>	Cet établissement compte-t-il parmi son personnel un anesthésiste présent dans l'établissement ou sur appel 24 heures/24 (y compris week-ends et jours fériés) ?	OUI..... 1 NON ..... 2	
<b>VACCINATION</b>				
S10	<b>1100</b>	Cet établissement offre-t-il des services de vaccination ?	OUI..... 1 NON ..... 2	→1200
TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LES SERVICES DE VACCINATION DANS CET ÉTABLISSEMENT. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE, ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.				
	<b>1101</b>	Cet établissement fournit-il des services de vaccination aujourd'hui ?	OUI..... 1 NON ..... 2	

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat				Passer à
	<b>1102</b>	Cet établissement offre-t-il l'un des services de vaccination suivants en stratégie fixe uniquement, ou avancée uniquement, ou les deux ?	DANS L'ETABLISSEMENT ET SUR LE TERRAIN	DANS L'ETABLISSEMENT UNIQUEMENT	SUR LE TERRAIN UNIQUEMENT	SERVICE NON PROPOSÉ	
S10_07	<b>01</b>	Doses de naissance (BCG, VPO zéro)	1	2	3	4	
S10_08	<b>02</b>	Vaccination infantile (enfant de moins de 1 an : Penta, Pneumo, Rota, VAR/VAA)	1	2	3	4	
S10_09	<b>03</b>	Vaccination adolescents/adultes (VAT)	1	2	3	4	
S10_10A S10_10B S10_10C S10_10D S10_10E	<b>1103</b>	A quelle fréquence cet établissement offre-t-il des services de vaccination de routine pour les enfants en stratégie fixe ?	TOUS LES JOURS ..... 1 TOUTES LES SEMAINES ..... 2 TOUS LES MOIS ..... 3 TOUS LES TRIMESTRES ..... 4 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)				
S10_11A S10_11B S10_11C S10_11D S10_11E	<b>1104</b>	A quelle fréquence cet établissement offre-t-il des services de vaccination de routine pour les enfants en stratégie avancée ?	TOUS LES JOURS ..... 1 TOUTES LES SEMAINES ..... 2 TOUS LES MOIS ..... 3 TOUS LES TRIMESTRES ..... 4 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)				
T8	<b>1105</b>	Les directives nationales en matière de vaccination systématique de l'enfant sont-elles disponibles dans cet établissement aujourd'hui? <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	OUI, OBSERVÉ ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ ..... 2 NON ..... 3				
	<b>1106</b>	Est-ce que vous-même, ou un autre prestataire de services de vaccination avez reçu une formation sur l'un des services de vaccination suivants au cours des trois années passées ? <b>Si OUI, veuillez préciser si c'était par formation officielle ou supervision formative</b>	OUI, FORMATION OFFICIELLE	OUI, SUPERVISION FORMATIVE	AUCUNE FORMATION		
T9	<b>01</b>	Prestation des services de vaccination	1	2	3		
T9	<b>02</b>	Gestion/manipulation des vaccins et chaîne du froid	1	2	3		
T9	<b>03</b>	Communication (rapportage) des données et suivi de la prestation des services y compris DQS	1	2	3		
T9	<b>04</b>	Surveillance des maladies et rapportage	1	2	3		
T9	<b>05</b>	Sécurité des injections et gestion des déchets	1	2	3		
T9	<b>06</b>	Stratégie ACD (« atteindre chaque district »)	1	2	3		

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat			Passer à		
T9	<b>07</b>	Formation sur les nouveaux vaccins (Pneumo et Rota) avant leur introduction	1	2	3			
	<b>1107</b>	J'aimerais savoir si les équipements suivants pour la vaccination sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Pour chaque équipement veuillez me dire s'il est disponible aujourd'hui : <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>	<b>OBSERVÉ</b>	<b>DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ</b>	<b>NON</b>			
I14 I22	<b>01</b>	Seringues autobloquantes	1	2	3			
I21	<b>02</b>	Collecteur à objets piquants/coupants/boîte de sécurité	1	2	3			
E14	<b>03</b>	Porte-vaccin(s)/glacière	1	2	3			
E14	<b>04</b>	Ensemble d'accumulateurs de froid pour porte-vaccin(s) (Ice box) <b>(Note: 4-5 accumulateurs font un ensemble) SI MOINS DE 4 LA RÉPONSE EST NON</b>	1	2	3			
E41	<b>05</b>	Cartes de vaccination (carnets santé enfant)	1	2	3			
E42	<b>06</b>	Feuilles de pointage officielles pour la vaccination ou feuille de pointage intégrée	1	2	3			
	<b>07</b>	Registres de vaccination officiels ou équivalents	1	2	3			
E15 E47	<b>1108</b>	Cet établissement possède-t-il un réfrigérateur qui fonctionne pour le stockage des vaccins ?	DISPONIBLE ET FONCTIONNEL ..... 1 DISPONIBLE, NON FONCTIONNEL ..... 2 DISPONIBLE, NE SAIT PAS SI FONCTIONNEL ..... 3 NON DISPONIBLE..... 4			→1115		
E40 E40_A E40_B E40_C E40_D E40_E E40_F	<b>1109</b>	Quelle est la source d'énergie utilisée pour le réfrigérateur dans lequel sont stockés les vaccins ?	ÉLECTRIQUE (réseau national ou du générateur)..... 1 SYSTÈME A ÉNERGIE SOLAIRE (avec ou sans batteries) ..... 2 GAZ ..... 3 PÉTROLE ..... 4 MIXTE (électrique et pétrole ou gaz)..... 5 AUTRE..... 6					
E40	<b>1110</b>	Cette source d'énergie fournit-elle de l'énergie pour le réfrigérateur des vaccins 24h/24 et 7jours/7 ?	OUI..... 1 NON ..... 2					
	<b>1111</b>	Quel appareil de surveillance de la température du réfrigérateur est disponible et fonctionnel dans le réfrigérateur aujourd'hui? <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>	<b>A) DISPONIBLE</b>		<b>B) FONCTIONNE</b>			
			OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBLE	OUI	NON	NE SAIT PAS
E39 E47	<b>01</b>	Thermomètre	1 → B	2 → B	3 02 ↻	1	2	8

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat					Passer à
E39 E47	<b>02</b>	Enregistreur continu de température (fridge-tag)	1 → B	2 → B	3 1112	1	2	8
E49 E47	<b>1112</b>	La température est-elle relevée 2 fois par jour ? <b>SI OUI : DEMANDEZ À VOIR LA FEUILLE DE TEMPÉRATURE</b>	OUI, FEUILLE OBSERVÉE.....1 OUI, FEUILLE DÉCLARÉE MAIS NON OBSERVÉE ..... 2 NON ..... 3					→1115
E49 E47	<b>1113</b>	La feuille de température a-t-elle été remplie au cours des 30 derniers jours? <b>VEUILLEZ VÉRIFIER LA FEUILLE DE TEMPÉRATURE AINSI QUE SA COMPLÉTUDE (TEMPÉRATURE CONSIGNÉE 2 FOIS/JOUR AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS)</b>	OUI..... 1 OUI, PARTIELLEMENT ..... 2 NON ..... 3					→1115
E49 E47	<b>1114</b>	La température a-t-elle été en dehors de l'intervalle 2 à 8 °C inclus au cours des 30 derniers jours ? <b>VEUILLEZ VÉRIFIER LA FEUILLE DE TEMPÉRATURE ET VÉRIFIER LA TEMPERATURE AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS AFIN DE RÉPONDRE À LA QUESTION</b>	OBSERVÉE ET DANS L'INTERVALLE ..... 1 DÉCLARÉE DANS L'INTERVALLE MAIS NON OBSERVÉE ..... 2 EN DEHORS DE L'INTERVALLE..... 3 FEUILLE NON DISPONIBLE ..... 4					
	<b>1115</b>	VÉRIFIEZ Q1101 ET Q1108: SI CET ÉTABLISSEMENT OFFRE DES SERVICES DE VACCINATION AUJOURD'HUI (Q1101=1) ou A UN RÉFRIGÉRATEUR FONCTIONNEL POUR LE STOCKAGE DES VACCINS (Q1108=1): 	SI CET ÉTABLISSEMENT N'OFFRE PAS DES SERVICES DE VACCINATION AUJOURD'HUI (Q1101 = 2) ET N'A PAS DE RÉFRIGÉRATEUR POUR LE STOCKAGE DES VACCINS (Q1108 = « 2 », « 3 » OU « 4 ») 					Q1117
	<b>1116</b>	L'un des vaccins suivants est-il disponible dans ce service aujourd'hui ? <b>POUR CHAQUE VACCIN, EN SÉLECTIONNER UN AU HASARD ET VÉRIFIER QUE LE VACCIN EST VALIDE (2 CRITÈRES) :</b> <b>1. PASTILLE DE CONTRÔLE DU VACCIN (PCV) NON ACTIVEE ET</b> <b>2. DATE DE PEREMPTION NON DÉPASSEE.</b>	<b>DISPONIBILITÉ CONSTATÉE</b>		<b>NON CONSTATÉE</b>			
			AU MOINS UN NON PÉRIMÉ	DISPONIBLE MAIS PÉRIMÉ	DISPONIBILITÉ SIGNALÉE MAIS NON CONSTATÉE	NON DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE	
M28	<b>01</b>	Vaccin antirougeoleux et diluant	1	2	3	4	5	
M29	<b>02</b>	DTC-Hib+Hépatite B (pentavalent)	1	2	3	4	5	
M30	<b>03</b>	Vaccin antipoliomyélitique oral (VPO)	1	2	3	4	5	
M31	<b>04</b>	Vaccin BCG et diluant	1	2	3	4	5	
M92	<b>05</b>	Vaccin rotavirus	1	2	3	4	5	
M93	<b>06</b>	Vaccin pneumococcique	1	2	3	4	5	
	<b>1117</b>	Pour chacun des éléments suivants, vérifier dans les registres s'il y a eu une rupture de stock au cours des 3 derniers mois:	RUPTURE DE STOCK AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS	PAS DE RUPTURE DE STOCK AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS	NON-INDIQUÉ	PRODUIT NON OFFERT	REGISTRE NON DISPONIBLE	
M28_A	<b>01</b>	Vaccin antirougeoleux et diluant	1	2	3	4	5	
M29_A	<b>02</b>	DTC-Hib+Hépatite B (pentavalent)	1	2	3	4	5	
M30_A	<b>03</b>	Vaccin antipoliomyélitique oral (VPO)	1	2	3	4	5	

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat				Passer à
M31_A	<b>04</b>	Vaccin BCG et diluant	1	2	3	4	5
M92_A	<b>05</b>	Vaccin rotavirus	1	2	3	4	5
M93_A	<b>06</b>	Vaccin pneumococcique	1	2	3	4	5
<b>B. SANTÉ DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT</b>							
<b>SERVICES DE SOINS PRÉVENTIFS ET CURATIFS POUR ENFANTS</b>							
S11	<b>1200</b>	Cet établissement offre-t-il des services de soins préventifs et curatifs pour les enfants de moins de 5 ans?	OUI..... 1 NON ..... 2				→1300
TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LES SERVICES DE SOINS PRÉVENTIFS ET CURATIFS POUR ENFANTS DANS CET ÉTABLISSEMENT. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.							
	<b>1201</b>	Veillez me dire si les dispensateurs de soins dans cet établissement assurent les services suivants :	<b>OUI</b>		<b>NON</b>		
S11_01	<b>01</b>	Diagnostic et/ou traitement de la malnutrition de l'enfant	1		2		
S11_02	<b>02</b>	Supplémentation en vitamine A	1		2		
S11_03	<b>03</b>	Supplémentation en fer	1		2		
S11_04	<b>04</b>	Sachets de SRO aux enfants souffrant de diarrhée	1		2		
S11_04	<b>05</b>	Supplémentation en zinc aux enfants souffrant de diarrhée	1		2		
S11_05	<b>06</b>	Surveillance de la croissance de l'enfant	1		2		
S11_06	<b>07</b>	Traitement de la pneumonie	1		2		
S11_07	<b>08</b>	Administration d'amoxicilline pour le traitement de la pneumonie chez les enfants	1		2		
S11_08	<b>09</b>	Traitement du paludisme chez les enfants	1		2		
	<b>1202</b>	Veillez me dire si les directives suivantes sont disponibles dans l'établissement aujourd'hui : <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	<b>OUI, OBSERVÉ</b>		<b>OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ</b>		<b>NON</b>
T10	<b>01</b>	Directives sur la PCIME pour le diagnostic et la prise en charge des maladies de l'enfant	1		2		3
T11	<b>02</b>	Directives nationales sur la surveillance de la croissance	1		2		3
	<b>03</b>	Fiche/registre PCIME	1		2		3
	<b>1203</b>	Est-ce que vous-même, ou un autre prestataire des :	<b>OUI</b>		<b>NON</b>		
T12	<b>01</b>	Services de soins curatifs pour enfants malades, avez reçu une formation sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) au cours des trois années passées ?	1		2		

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat				Passer à	
T13	02	Services de surveillance de la croissance de l'enfant avez reçu une formation sur la surveillance de la croissance au cours des trois années passées ?	1		2			
	1204	J'aimerais savoir si les équipements essentiels suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Pour chaque équipement ou matériel, veuillez me dire s'il est disponible aujourd'hui et s'il fonctionne. <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>	<b>A) DISPONIBLE</b>			<b>B) FONCTIONNE</b>		
			OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBLE	OUI	NON	NE SAIT PAS
E16	01	Équipement de mesure de la taille/longueur (toise)	1 → B	2 → B	3 02 ↩	1	2	8
E17	02	Table de référence poids-taille ou standard de croissance OMS	1 1300 ↩	2 1300 ↩	3 1300 ↩			
<b>SERVICES DE SANTÉ DESTINÉS AUX ADOLESCENTS</b>								
S12	1300	Cet établissement offre-t-il des services de santé destinés aux adolescents?	OUI..... 1 NON ..... 2				→1400	
TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LES SERVICES DE SANTÉ DESTINÉS AUX ADOLESCENTS DANS CET ÉTABLISSEMENT. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.								
T14	1301	Les directives nationales en matière de prestation de services aux adolescents sont-elles disponibles dans cet établissement aujourd'hui? <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	OUI, OBSERVÉ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ ..... 2 NON ..... 3					
T15	1302	Est-ce que vous-même ou un autre prestataire de services de santé aux adolescents dans votre établissement, avez reçu une formation sur la prestation de services de santé aux adolescents au cours des trois années passées?	OUI..... 1 NON ..... 2					
<b>C. MALADIES TRANSMISSIBLES</b>								
<b>CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH</b>								
S17	1400	Cet établissement offre-t-il des services de conseil et dépistage du VIH/SIDA?	OUI..... 1 NON ..... 2				→1500	
TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LES SERVICES DE CONSEIL ET DE DÉPISTAGE DU VIH DANS CET ÉTABLISSEMENT. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.								
T30	1401	Les directives nationales en matière de prestations de conseil et de dépistage du VIH sont-elles disponibles dans cet établissement aujourd'hui? <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	OUI, OBSERVÉ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ ..... 2 NON ..... 3					

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat			Passer à
	<b>1402</b>	Est-ce que vous-même, ou un autre prestataire de conseils sur le VIH/SIDA dans votre établissement :	<b>OUI</b>	<b>NON</b>		
T31	<b>01</b>	Avez reçu une formation sur le conseil et dépistage volontaire du VIH/SIDA au cours des trois années passées ?	1	2		
T17	<b>02</b>	Avez reçu une formation sur la prévention, la prise en charge et les soins du VIH/SIDA chez les adolescents au cours des trois années passées ?	1	2		
S12_01	<b>1403</b>	Cet établissement offre-t-il des services de conseil et de dépistage du VIH aux adolescents ?	OUI..... 1 NON ..... 2			
I23	<b>1404</b>	La pièce ou la zone réservée aux services de conseil et de dépistage du VIH est-elle une pièce/zone préservant la confidentialité (intimité auditive et visuelle) ?	INTIMITÉ AUDITIVE UNIQUEMENT ..... 1 INTIMITÉ VISUELLE UNIQUEMENT ..... 2 INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE ..... 3 PAS D'INTIMITÉ ..... 4			
D6	<b>1405</b>	Des tests de dépistage rapide du VIH (avec date de péremption non dépassée) sont-ils disponibles dans ce service aujourd'hui ? <b>VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREMPTION EST NON DÉPASSÉE</b>	OUI, OBSERVÉ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ ..... 2 NON ..... 3			
M17 M91	<b>1406</b>	Des préservatifs sont-ils disponibles dans ce service aujourd'hui pour être donnés aux patients bénéficiant des services de conseil et dépistage du VIH? <b>SI OUI, DEMANDEZ À VOIR LES PRÉSERVATIFS</b>	OUI, OBSERVÉ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ ..... 2 NON ..... 3			
	<b>1407</b>	J'aimerais savoir si les ressources/fournitures suivantes, utilisées pour la lutte contre l'infection, sont disponibles dans ce service aujourd'hui. <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>	<b>OBSERVÉ</b>	<b>DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ</b>	<b>NON DISPONIBLE</b>	
I15	<b>01</b>	Eau courante saine (sous conduite, seau avec robinet, ou broc à bec verseur)	1	2	3	
I15	<b>02</b>	Savon liquide/savon en pain pour le lavage des mains	1	2	3	
I15	<b>03</b>	Agent nettoyant pour les mains à base d'alcool	1	2	3	
I16	<b>04</b>	Gants en latex jetables	1	2	3	
I12	<b>05</b>	Réceptacle à déchets (poubelle à pédale) avec couvercle et sac poubelle en plastique	1	2	3	
I11	<b>06</b>	Collecteur à piquants/coupants (boîte à aiguilles ou "conteneur de sécurité")	1	2	3	
I13	<b>07</b>	Désinfectant environnemental (par exemple chlore, alcool)	1	2	3	

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat			Passer à
I14	<b>08</b>	Seringues à usage unique avec aiguilles jetables	1	2	3	
I14	<b>09</b>	Seringues autobloquantes	1	2	3	
<b>TRAITEMENT DU VIH/SIDA</b>						
S19	<b>1500</b>	Cet établissement offre-t-il des services de prescription d'antirétroviraux (ARV) ou de suivi de traitement ARV contre le VIH/SIDA?	OUI..... 1 NON ..... 2			→1600
TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LES SERVICES DE TRAITEMENT DU VIH/SIDA DANS CET ÉTABLISSEMENT. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.						
	<b>1501</b>	Les dispensateurs de soins de cet établissement prescrivent-ils :	<b>OUI</b>	<b>NON</b>		
S19_01	<b>01</b>	le traitement ARV (TARV) ?	1	2		
S12_09	<b>02</b>	le traitement ARV (TARV) aux adolescents?	1	2		
S19_02	<b>1502</b>	Les dispensateurs de soins de cet établissement offrent-ils des services de suivi thérapeutique pour les personnes sous TARV, y compris la prestation de services communautaires ?	OUI..... 1 NON ..... 2			
T35	<b>1503</b>	Les directives nationales en matière de TARV sont-elles disponibles dans cet établissement aujourd'hui? <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	OUI, OBSERVÉ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ ..... 2 NON ..... 3			
T36	<b>1504</b>	Est-ce que vous-même ou un autre dispensateur de TARV dans votre établissement, avez reçu une formation à la prescription et à la prise en charge du TARV au cours des trois années passées ?	OUI..... 1 NON ..... 2			
<b>SOINS ET APPUI EN MATIÈRE DE VIH</b>						
S18	<b>1600</b>	Cet établissement offre-t-il des services de soins et appui en matière de VIH/SIDA, y compris le traitement des infections opportunistes et la prestation de soins palliatifs?	OUI..... 1 NON ..... 2			→1700
TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LES SERVICES DE SOINS ET D'APPUI EN MATIÈRE DE VIH DANS CET ÉTABLISSEMENT. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE, ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.						
	<b>1601</b>	Veillez me dire si les dispensateurs de soins dans cet établissement dispensent les services suivants aux patients vivant avec le VIH/SIDA :	<b>OUI</b>	<b>NON</b>		
S18_01	<b>01</b>	Prescrivent-ils un traitement pour les infections opportunistes ou les symptômes liés au VIH/SIDA ? Ceci inclut le traitement des infections fongiques topiques.	1	2		

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat			Passer à
S18_02	<b>02</b>	Dispensent-ils ou prescrivent-ils des soins palliatifs aux patients, tels que la prise en charge des symptômes ou de la douleur, ou des soins infirmiers pour les patients en phase terminale, ou gravement affaiblis ?	1	2		
S18_03	<b>03</b>	Dispensent-ils un traitement intraveineux général des infections fongiques spécifiques telles que la méningite cryptococcace ?	1	2		
S18_04	<b>04</b>	Dispensent-ils un traitement contre le sarcome de Kaposi ?	1	2		
S18_05	<b>05</b>	Offrent-ils des services de récupération nutritionnelle ? Par exemple, éducation des patients et fourniture de suppléments nutritionnels ?	1	2		
S18_06	<b>06</b>	Prescrivent-ils ou fournissent-ils des suppléments protéiques enrichis (FPS) ?	1	2		
S18_07	<b>07</b>	Dispensent-ils des soins aux enfants touchés par le VIH/SIDA ?	1	2		
S18_08	<b>08</b>	Prescrivent-ils ou dispensent-ils un traitement préventif contre la TB (INH + pyridoxine) ?	1	2		
S18_09	<b>09</b>	Dispensent-ils un traitement préventif primaire des infections opportunistes, tel que le traitement préventif au cotrimoxazole (TPC) ?	1	2		
S18_10	<b>10</b>	Dispensent-ils ou prescrivent-ils une supplémentation en micronutriments, comme des vitamines ou du fer ?	1	2		
S18_11	<b>11</b>	Offrent-ils des services de conseil en planification familiale pour les patients touchés par le VIH/SIDA ?	1	2		
S18_12	<b>12</b>	Fournissent-ils des préservatifs pour prévenir une transmission future du VIH ?	1	2		
D14	<b>1602</b>	Est-ce que les dispensateurs de soins dans cet établissement recherchent ou dépistent la TB chez leurs patients porteurs du VIH ou ont un système permettant de diagnostiquer la TB chez les patients VIH-positifs? <b>SI OUI, DEMANDEZ À VOIR LE REGISTRE DES PATIENTS PORTEURS DU VIH DÉPISTÉS POUR LA TUBERCULOSE</b>	OUI, OBSERVÉ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ ..... 2 OUI, REGISTRE NON MISE A JOUR..... 3 NON ..... 4			
	<b>1603</b>	Veillez me dire si les directives suivantes sont disponibles dans l'établissement aujourd'hui: <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	<b>OUI, OBSERVÉ</b>	<b>OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ</b>	<b>NON</b>	
T32	<b>01</b>	Directives nationales en matière de prise en charge clinique du VIH/SIDA	1	2	3	
T33	<b>02</b>	Directives en matière de soins palliatifs	1	2	3	

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat	Passer à
T34	<b>1604</b>	Est-ce que vous-même, ou un autre prestataire des services de soins et d'appui en matière de VIH dans votre établissement, avez reçu une formation sur la prise en charge clinique du VIH/SIDA au cours des trois années passées ?	OUI..... 1 NON ..... 2	
<b>INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES</b>				
S21	<b>1700</b>	Cet établissement offre-t-il des services de diagnostic ou de traitement des IST à l'exclusion du VIH?	OUI..... 1 NON ..... 2	→1800
TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LES SERVICES DE SOINS LIÉS AUX IST DANS CET ÉTABLISSEMENT. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE, ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.				
S21_01	<b>1701</b>	Les dispensateurs de soins de cet établissement diagnostiquent-ils les IST ?	OUI..... 1 NON ..... 2	
S21_02	<b>1702</b>	Les dispensateurs de soins de cet établissement prescrivent-ils un traitement des IST ?	OUI..... 1 NON ..... 2	
T41	<b>1703</b>	Les directives nationales en matière de diagnostic et de traitement des IST sont-elles disponibles dans cet établissement aujourd'hui? <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	OUI, OBSERVÉ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ ..... 2 NON ..... 3	
T42	<b>1704</b>	Est-ce que vous-même, ou un autre dispensateur de soins liés aux IST dans votre établissement, avez reçu une formation sur le diagnostic et le traitement des IST au cours des trois années passées ?	OUI..... 1 NON ..... 2	
<b>TUBERCULOSE</b>				
S16	<b>1800</b>	Cet établissement offre-t-il des services de diagnostic, prescription de traitement ou suivi de traitement de la tuberculose?	OUI..... 1 NON ..... 2	→1900
TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LES SERVICES DE SOINS LIÉS À LA TUBERCULOSE DANS CET ÉTABLISSEMENT. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.				
S16_01	<b>1801</b>	Les dispensateurs de soins de cet établissement diagnostiquent-ils la TB?	OUI..... 1 NON ..... 2	→1803
	<b>1802</b>	Quelles sont les méthodes utilisées dans cet établissement pour diagnostiquer la TB ?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
S16_03	<b>01</b>	Symptômes cliniques	1	2
S16_02 S16_04	<b>02</b>	Examen microscopique des frottis d'expectoration	1	2
S16_02 S16_05	<b>03</b>	Mise en culture des produits d'expectoration	1	2
S16_02 S16_06	<b>04</b>	Test rapide (GeneXpert MTB/RIF)	1	2

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat			Passer à
S16_02 S16_07	<b>05</b>	Radiographie thoracique	1	2		
S16_08	<b>1803</b>	Les dispensateurs de soins de cet établissement prescrivent-ils un traitement de la tuberculose ?	OUI..... 1 NON ..... 2			
S16_09	<b>1804</b>	Les dispensateurs de soins de cet établissement fournissent-ils des médicaments aux patients tuberculeux?	OUI..... 1 NON ..... 2			
S16_10	<b>1805</b>	Les dispensateurs de soins de cet établissement assurent-ils le suivi des patients tuberculeux?	OUI..... 1 NON ..... 2			
D13	<b>1806</b>	Les dispensateurs de soins de cet établissement réalisent-ils des tests de dépistage du VIH ou ont-ils un système de diagnostic du VIH chez les patients tuberculeux? <b>SI OUI, DEMANDEZ À VOIR UN REGISTRE DES PATIENTS TUBERCULEUX QUI ONT ÉTÉ DÉPISTÉS POUR LE VIH (CINQ DERNIERS PATIENTS).</b>	OUI, OBSERVÉ ET REGISTRE A JOUR ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ ..... 2 OUI, REGISTRE NON A JOUR ..... 3 NON ..... 4			
	<b>1807</b>	Cet établissement dispose-t-il aujourd'hui des directives nationales suivantes : <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	<b>OUI, OBSERVÉ</b>	<b>OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ</b>	<b>NON</b>	
T22	<b>01</b>	Directives en matière de diagnostic et de traitement de la TB	1	2	3	
T23	<b>02</b>	Directives en matière de prise en charge de la co-infection TB/VIH	1	2	3	
T24	<b>03</b>	Directives sur le traitement de la tuberculose multi-résistante (MR)	1	2	3	
T25	<b>04</b>	Directives en matière de lutte contre la TB	1	2	3	
	<b>1808</b>	Est-ce que vous-même ou un autre dispensateur de soins liés à la TB dans votre établissement, avez reçu une formation au cours des trois années passées sur :	<b>OUI</b>	<b>NON</b>		
T26	<b>01</b>	Diagnostic et traitement de la tuberculose	1	2		
T27	<b>02</b>	Prise en charge de la co-infection TB/VIH	1	2		
T28	<b>03</b>	Tuberculose multi-résistante (MR)	1	2		
T29	<b>04</b>	Lutte contre la tuberculose	1	2		
	<b>1809</b>	Cet établissement stocke-t-il des médicaments destinés au traitement de la tuberculose ?	OUI, DANS CE SERVICE ..... 1 OUI, AILLEURS (pharmacie, dépôt)..... 2 OUI, DANS LES DEUX LOCALISATIONS ..... 3 NON, MED. POUR TB NON STOCKÉS ..... 4			→1900  →1900
	<b>1810</b>	L'un des <b>médicaments antituberculeux</b>	<b>DISPONIBILITÉ CONSTATÉE</b>	<b>NON CONSTATÉE</b>		

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat					Passer à
		suivants est-il disponible aujourd'hui dans ce service ? <b>VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREMPTION EST NON DÉPASSÉE POUR AU MOINS UN DE CHAQUE MÉDICAMENT</b>	AU MOINS UN NON PÉRIMÉ	DISPONIBLE MAIS PÉRIMÉ	DISPONIBILITÉ SIGNALÉE MAIS NON CONSTATÉE	NON DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE	
M41	01	Éthambutol	1	2	3	4	5	
M41	02	Isoniazide	1	2	3	4	5	
M41	03	Pyrazinamide	1	2	3	4	5	
M41	04	Rifampicine	1	2	3	4	5	
M41	05	Isoniazide + rifampicine (2FDC)	1	2	3	4	5	
M41	06	Isoniazide + éthambutol (EH) (2FDC)	1	2	3	4	5	
M41	07	Isoniazide + rifampicine + pyrazinamide (RHZ) (3FDC)	1	2	3	4	5	
M41	08	Isoniazide + rifampicine + éthambutol (RHE) (3FDC)	1	2	3	4	5	
M41	09	Isoniazide + rifampicine + pyrazinamide + éthambutol (4FDC)	1	2	3	4	5	
	10	Streptomycine injectable	1	2	3	4	5	
<b>PALUDISME</b>								
S15	1900	Cet établissement offre-t-il des services de soins contre le paludisme?	OUI..... 1 NON ..... 2				→2000	
TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LES SERVICES DE SOINS LIÉS AU PALUDISME DANS CET ÉTABLISSEMENT. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.								
S15_01	1901	Les dispensateurs de soins de cet établissement diagnostiquent-ils le paludisme ?	OUI..... 1 NON ..... 2				→1906	
	1902	Quelles sont les méthodes, parmi les suivantes, qui sont utilisées dans cet établissement pour diagnostiquer le paludisme?	<b>OUI</b>		<b>NON</b>			
S15_05	01	Symptômes cliniques	1		2			
S15_02 S15_06	02	Test de diagnostic rapide du paludisme (TDR)	1		2			
S15_02 S15_07	03	Microscopie (goutte épaisse/frottis)	1		2			
		VERIFIEZ Q1902_02: SI CET ÉTABLISSEMENT RÉALISE DES TDR DU PALUSISME: 	SI CET ÉTABLISSEMENT NE RÉALISE PAS DE TDR DU PALUDISME 				Q1906	

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat	Passer à
D3 D34 D36	<b>1903</b>	Des kits de diagnostic rapide du paludisme (TDR) (avec date de péremption non-dépassée) sont-ils disponibles dans ce service aujourd'hui? <b>VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREMPTION EST NON DÉPASSÉE</b>	OUI, OBSERVÉ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ ..... 2 NON ..... 3	
D36_A	<b>1904</b>	Y a-t-il eu une rupture de stock des kits de TDR du paludisme au cours des 4 dernières semaines?	OUI..... 1 NON ..... 2	→1906
D36_B	<b>1905</b>	Combien y-a-t-il eu de jours de rupture de stock?	MOINS DE 7 JOURS..... 1 7 A 14 JOURS ..... 2 PLUS DE 14 JOURS ..... 3	
S15_03	<b>1906</b>	Les dispensateurs de soins de cet établissement prescrivent-ils un traitement pour le paludisme ?	OUI..... 1 NON ..... 2	
T18	<b>1907</b>	Les directives nationales en matière de diagnostic et de traitement du paludisme sont-elles disponibles dans cet établissement aujourd'hui? <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	OUI, OBSERVÉ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ ..... 2 NON ..... 3	
T20 D34	<b>1908</b>	Est-ce que vous-même, ou un autre dispensateur de soins liés au paludisme dans votre établissement, avez reçu une formation sur le diagnostic du paludisme avec le TDR au cours des trois années passées ?	OUI..... 1 NON ..... 2	
T20	<b>1909</b>	Est-ce que vous-même, ou un autre dispensateur de soins liés au paludisme dans votre établissement, avez reçu une formation sur le traitement du paludisme au cours des trois années passées ?	OUI..... 1 NON ..... 2	
S15_04	<b>1910</b>	Le traitement préventif intermittent (TPI) contre le paludisme est-il offert dans cet établissement ?	OUI..... 1 NON ..... 2	
<b><u>D. MALADIES NON TRANSMISSIBLES</u></b>				
S22 S23 S24 S29	<b>2000</b>	Cet établissement offre-t-il le diagnostic ou la prise en charge des maladies non transmissibles (comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques ou le cancer du col de l'utérus)?	OUI..... 1 NON ..... 2	→2100
TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LES SERVICES DE SOINS LIÉS AUX MALADIES NON TRANSMISSIBLES DANS CET ÉTABLISSEMENT. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.				
S22	<b>2001</b>	Les dispensateurs de soins de cet établissement diagnostiquent-ils et/ou prennent-ils en charge le diabète chez les patients ?	OUI..... 1 NON ..... 2	→2004

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat	Passer à																		
T43	2002	Les directives nationales en matière de diagnostic et de prise en charge du diabète sont-elles disponibles dans cet établissement aujourd'hui? <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	OUI, OBSERVÉ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ ..... 2 NON ..... 3																			
T44	2003	Est-ce que vous-même ou un autre dispensateur de soins liés au diabète dans votre établissement avez reçu une formation sur le diagnostic et la prise en charge du diabète au cours des trois années passées ?	OUI..... 1 NON ..... 2																			
S23	2004	Les dispensateurs de soins de cet établissement diagnostiquent-ils et/ou prennent-ils en charge des maladies cardiovasculaires telles que l'hypertension chez les patients ?	OUI..... 1 NON ..... 2	→2007																		
T45	2005	Les directives nationales en matière de diagnostic et de prise en charge des maladies cardiovasculaires sont-elles disponibles dans cet établissement aujourd'hui? <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	OUI, OBSERVÉ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ ..... 2 NON ..... 3																			
T46	2006	Est-ce que vous-même, ou un autre dispensateur de soins liés aux maladies cardiovasculaires dans votre établissement, avez reçu une formation sur le diagnostic et la prise en charge des maladies cardiovasculaires telles que l'hypertension au cours des trois années passées ?	OUI..... 1 NON ..... 2																			
S24	2007	Les dispensateurs de soins de cet établissement diagnostiquent-ils et/ou prennent-ils en charge les maladies respiratoires chroniques chez les patients ?	OUI..... 1 NON ..... 2	→2011																		
T47	2008	Les directives nationales en matière de diagnostic et de prise en charge des maladies respiratoires chroniques sont-elles disponibles dans cet établissement aujourd'hui? <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	OUI, OBSERVÉ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ ..... 2 NON ..... 3																			
T48	2009	Est-ce que vous-même, ou un autre dispensateur de soins liés aux maladies respiratoires chroniques dans votre établissement, avez reçu une formation sur le diagnostic et la prise en charge des maladies respiratoires chroniques au cours des trois années passées ?	OUI..... 1 NON ..... 2																			
	2010	J'aimerais savoir si les équipements essentiels suivants sont disponibles et fonctionnels dans ce service aujourd'hui. <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">A) DISPONIBLE</th> <th colspan="3">B) FONCTIONNE</th> </tr> <tr> <th>OBSERVÉ</th> <th>DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ</th> <th>NON DISPONIBLE</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NE SAIT PAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	A) DISPONIBLE			B) FONCTIONNE			OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBLE	OUI	NON	NE SAIT PAS							
A) DISPONIBLE			B) FONCTIONNE																			
OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBLE	OUI	NON	NE SAIT PAS																	

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat						Passer à
E19	01	Débitmètres de pointe (pic flow)	1 → B	2 → B	3 02 ↩	1	2	8	
E20	02	Chambres d'inhalation pour inhalateurs	1 → B	2 → B	3 2011 ↩	1	2	8	
S29	2011	Les dispensateurs de soins dans cet établissement diagnostiquent-ils le cancer du col de l'utérus?	OUI..... 1 NON ..... 2						→2100
T60	2012	Les directives nationales en matière de prévention et contrôle du cancer du col de l'utérus sont-elles disponibles dans cet établissement aujourd'hui? <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT</b>	OUI, OBSERVÉ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ ..... 2 NON ..... 3						
T61	2013	Est-ce que vous-même, ou un autre dispensateur de soins avez reçu une formation sur la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus?	OUI..... 1 NON ..... 2						
	2014	J'aimerais savoir si les équipements/produits essentiels suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>	<b>A) DISPONIBLE</b>			<b>B) FONCTIONNE</b>			
			OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBLE	OUI	NON	NE SAIT PAS	
D37	01	Acide acétique	1 02 ↩	2 02 ↩	3 02 ↩				
E44	02	Spéculum	1 → B	2 → B	3 2100 ↩	1	2	8	
<b><u>E. CHIRURGIE</u></b>									
<b>SERVICES DE CHIRURGIE</b>									
S25 S28	2100	Cet établissement offre-t-il des services de chirurgie (y compris interventions mineures telles que sutures, circoncision, parage des plaies, etc.), ou de césarienne?	OUI..... 1 NON ..... 2						→2200
<b>TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LES SERVICES DE CHIRURGIE DANS CET ÉTABLISSEMENT. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE, ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.</b>									
	2101	Veuillez me dire si les services suivants sont disponibles dans cet établissement:	<b>OUI</b>			<b>NON</b>			
S25_01	01	Incision et drainage d'abcès	1			2			
S25_02	02	Parage des plaies	1			2			
S25_03	03	Prise en charge des brûlures aiguës	1			2			
S25_04	04	Sutures	1			2			
S25_05	05	Réparation des fractures fermées	1			2			
S25_06	06	Cricothyroïdotomie (trachéotomie d'urgence)	1			2			
S25_07	07	Circoncision masculine	1			2			

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat		Passer à
S25_08	08	Réduction de l'hydrocèle	1	2	
S25_09	09	Insertion de drain thoracique	1	2	
S25_10	10	Réparation des luxations fermées	1	2	
S25_11	11	Biopsie de ganglions lymphatiques ou de masse ou autre	1	2	
S25_12	12	Retrait d'un corps étranger (gorge, yeux, oreilles ou nez)	1	2	
		VÉRIFIEZ Q007: SI CMA/HÔPITAL : 	SI ÉTABLISSEMENT NON HOSPITALIER : 		Q2102
S28_01	13	Trachéotomie	1	2	
S28_02	14	Ligature des trompes	1	2	
S28_03	15	Vasectomie	1	2	
S28_04	16	Dilatation et curetage	1	2	
S28_05	17	Réparation des fistules obstétricales	1	2	
S28_06	18	Épisiotomie, déchirures cervicales et vaginales	1	2	
S28_07	19	Appendicectomie	1	2	
S28_08	20	Cure des hernies (étranglées)	1	2	
S28_22	21	Cure des hernies (à froid)	1	2	
S28_09	22	Cystostomie	1	2	
S28_10	23	Dilatation de rétrécissement urétral	1	2	
S28_11	24	Laparotomie (rupture utérine, grossesse ectopique, abdomen aigu, occlusion intestinale, perforation, lésions)	1	2	
S28_12	25	Cure de hernie congénitale	1	2	
S28_13	26	Chirurgie néonatale (défauts de la paroi abdominale, colostomie pour malformation ano-rectale, invaginations)	1	2	
S28_14	27	Cure de fente palatine	1	2	
S28_23	28	Libération de rétraction	1	2	
S28_23	29	Greffe cutanée	1	2	
S28_17	30	Traitement (réduction et fixation) des fractures ouvertes	1	2	
S28_18	31	Amputation	1	2	
S28_19	32	Chirurgie de la cataracte	1	2	
S28_20	33	Réparation pied-bot (plâtre/attelles ou libération ouverte du pied)	1	2	

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat					Passer à
S28_21	<b>34</b>	Drainage de l'arthrite ostéomyélite septique	1		2			
	<b>2102</b>	J'aimerais savoir si les équipements/matériels suivants sont disponibles et fonctionnels dans cet établissement aujourd'hui. <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>	<b>A) DISPONIBLE</b>			<b>B) FONCTIONNE</b>		
			OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBLE	OUI	NON	NE SAIT PAS
E29 E27	<b>01</b>	Ballon et masque de ventilation, adultes	1 → B	2 → B	3 02 ↩	1	2	8
E29 E27	<b>02</b>	Ballon et masque de ventilation, enfants	1 → B	2 → B	3 03 ↩	1	2	8
E21	<b>03</b>	Porte-aiguille	1 → B	2 → B	3 04 ↩	1	2	8
E22	<b>04</b>	Manche de bistouri avec lame	1 → B	2 → B	3 05 ↩	1	2	8
E23	<b>05</b>	Écarteur	1 → B	2 → B	3 06 ↩	1	2	8
E24	<b>06</b>	Ciseaux chirurgicaux	1 → B	2 → B	3 07 ↩	1	2	8
E25	<b>07</b>	Sonde nasogastrique	1 → B	2 → B	3 08 ↩	1	2	8
E26	<b>08</b>	Garrot	1 → B	2 → B	3 09 ↩	1	2	8
E28	<b>09</b>	Appareil d'aspiration (aspirateur manuel ou électrique) avec sonde et embout	1 → B	2 → B	3 10 ↩	1	2	8
	<b>10</b>	VÉRIFIEZ Q007 AND Q1002_08: SI CMA/HÔPITAL OU ÉTABLISSEMENT PROPOSE DES CÉSARIENNES: 	SI ÉTABLISSEMENT NON HOSPITALIER ET PAS DE CÉSARIENNES PROPOSÉES : 					Q2104
E29	<b>11</b>	Canule oropharyngée, adultes	1 → B	2 → B	3 12 ↩	1	2	8
E29	<b>12</b>	Canule oropharyngée, enfants	1 → B	2 → B	3 13 ↩	1	2	8
E29	<b>13</b>	Pince de Magill, adultes	1 → B	2 → B	3 14 ↩	1	2	8
E29	<b>14</b>	Pince de Magill, enfants	1 → B	2 → B	3 15 ↩	1	2	8
E29	<b>15</b>	Sonde d'intubation endotrachéale néonatale sans ballonnet, taille inférieure à 3.0	1 → B	2 → B	3 16 ↩	1	2	8
E29	<b>16</b>	Sonde d'intubation endotrachéale pédiatrique sans ballonnet, tailles 3.0 à 5.0	1 → B	2 → B	3 17 ↩	1	2	8

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat					Passer à
E29	17	Sonde d'intubation endotrachéale adulte, avec ballonnet, tailles 5.5 à 9.0	1 → B	2 → B	3 18 ↩	1	2	8
E29	18	Manche et lame de laryngoscope, adultes	1 → B	2 → B	3 19 ↩	1	2	8
E29	19	Manche et lame de laryngoscope, enfants	1 → B	2 → B	3 20 ↩	1	2	8
E29	20	Manche et lame de laryngoscope, néonataux	1 → B	2 → B	3 21 ↩	1	2	8
E29	21	Appareil d'anesthésie (chariot d'anesthésie)	1 → B	2 → B	3 22 ↩	1	2	8
E29	22	Tubulures et connecteurs (permettant le raccord à la sonde endotrachéale)	1 → B	2 → B	3 23 ↩	1	2	8
E29	23	Styler	1 → B	2 → B	3 24 ↩	1	2	8
E32	24	Aiguille à ponction lombaire	1 → B	2 → B	3 25 ↩	1	2	8
E29	25	Ballon et masque facial pour bébés nés à terme, taille 1 (pour réanimation néonatale)	1 → B	2 → B	3 26 ↩	1	2	8
E48	26	Concentrateurs d'oxygène	1 → B	2 → B	3 27 ↩	1	2	8
E48	27	Bonbonnes d'oxygène	1 → B	2 → B	3 28 ↩	1	2	8
E48	28	Alimentation centralisée d'oxygène	1 → B	2 → B	3 29 ↩	1	2	8
E48	29	Débitmètre d'oxygène (avec humidificateur)	1 → B	2 → B	3 30 ↩	1	2	8
E48	30	Dispositif de distribution de l'oxygène (tubes de raccordement et masque/branches nasales)	1 → B	2 → B	3 2103 ↩	1	2	8
E48	2103	A tout moment au cours des 3 derniers mois, l'oxygène a-t-elle été indisponible ?	OUI..... 1 NON ..... 2					
	2104	Veuillez me dire si l'un des matériels ou médicaments suivants est disponible dans ce service aujourd'hui. J'aimerais voir ceux qui sont disponibles.  <b>VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREMPTION EST NON DÉPASSÉE POUR AU MOINS UN DE CHAQUE MATÉRIEL/MÉDICAMENT</b>	<b>DISPONIBILITÉ CONSTATÉE</b>			<b>NON CONSTATÉE</b>		
			AU MOINS UN NON PÉRIMÉ	DISPONIBLE MAIS PÉRIMÉ	DISPONIBILITÉ SIGNALÉE MAIS NON CONSTATÉE	NON DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE	
M63	01	Fil de suture (tous les types)	1	2	3	4	5	
M26	02	Désinfectant pour la peau	1	2	3	4	5	
M64	03	Kétamine (injectable)	1	2	3	4	5	
M65	04	Lidocaïne 1 % ou 2 % (anesthésie)	1	2	3	4	5	

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat					Passer à
M148	05	Attelles pour les extrémités	1	2	3	4	5	
M149	06	Matériel pour plâtres	1	2	3	4	5	
		VÉRIFIEZ Q007 AND Q1002_08: SI CMA/HÔPITAL OU ÉTABLISSEMENT PROPOSE DES CÉSARIENNES : 	SI ÉTABLISSEMENT NON HOSPITALIER ET PAS DE CÉSARIENNES PROPOSÉES : 					Q2105
M84	07	Thiopental (poudre)	1	2	3	4	5	
M85	08	Bromure de suxaméthonium (poudre)	1	2	3	4	5	
M86	09	Atropine (injection)	1	2	3	4	5	
M25	10	Diazépam (injection)	1	2	3	4	5	
M87	11	Halothane (inhalation)	1	2	3	4	5	
M88	12	Bupivacaïne (injection)	1	2	3	4	5	
M89	13	Lidocaïne 5 % (solution hyperbare pour rachianesthésie)	1	2	3	4	5	
M62	14	Épinéphrine (injection)	1	2	3	4	5	
M90	15	Éphédrine (injection)	1	2	3	4	5	
T49	2105	Des directives sur la gestion intégrée des soins chirurgicaux d'urgence et essentiels sont-elles disponibles dans cet établissement aujourd'hui? SI DISPONIBLE, DEMANDEZ À VOIR LE DOCUMENT	OUI, OBSERVÉ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ ..... 2 NON ..... 3					
T50	2106	Est-ce que vous-même ou un autre prestataire de services de chirurgie dans votre établissement avez reçu une formation sur la chirurgie essentielle au cours des trois années passées ?	OUI..... 1 NON ..... 2					
T57	2107	Cet établissement compte-t-il parmi son personnel un professionnel de santé qualifié en chirurgie, y compris pour la césarienne (personnel soignant, médecin généraliste, ou chirurgien) présent dans l'établissement ou sur appel 24 heures/24 (y compris week-ends et jours fériés) ?	OUI..... 1 NON ..... 2					
T58	2108	Cet établissement compte-t-il parmi son personnel un professionnel de santé qualifié en anesthésiologie (infirmière, personnel soignant, médecin généraliste, chirurgien, ou anesthésiste) présent dans l'établissement ou sur appel 24 heures/24 (y compris week-ends et jours fériés) ?	OUI..... 1 NON ..... 2					
	2109	Je voudrais savoir si les ressources/fournitures suivantes pour la prévention de l'infection sont disponibles aujourd'hui dans ce service. DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL	OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBLE			

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat			Passer à
I15	01	Eau courante saine (sous conduite, seau avec robinet, ou broc à bec verseur)	1	2	3	
I15	02	Savon liquide/savon en pain pour le lavage des mains	1	2	3	
I15	03	Agent nettoyant pour les mains à base d'alcool	1	2	3	
I16	04	Gants en latex jetables	1	2	3	
I12	05	Réceptacle à déchets (poubelle à pédale) avec couvercle et sac poubelle en plastique	1	2	3	
I11	06	Collecteur à piquants/coupants (boîte à aiguilles, ou "conteneur de sécurité")	1	2	3	
I13	07	Désinfectant environnemental (par exemple chlore, alcool)	1	2	3	
I14	08	Seringues à usage unique avec aiguilles jetables	1	2	3	
I14	09	Seringues autobloquantes	1	2	3	
<b>TRANSFUSION SANGUINE</b>						
S27	2200	Cet établissement offre-t-il des services de transfusion sanguine?	OUI..... 1	NON..... 2		→3000
TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LES SERVICES DE TRANSFUSION SANGUINE DANS CET ÉTABLISSEMENT. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.						
M66	2201	Y a-t-il eu une rupture de stock de sang durant les 3 derniers mois?	OUI..... 1	NON..... 2		
M67	2202	Cet établissement reçoit-il du sang d'une banque de sang nationale ou régionale ?	OUI..... 1	NON..... 2		
M67	2203	Cet établissement reçoit-il UNE PARTIE de son sang en provenance de sources autres que la banque de sang nationale ou régionale ?	OUI..... 1	NON..... 2		
M67	2204	Y a-t-il un endroit dans cet établissement où le sang est analysé avant toute transfusion pour y dépister d'éventuelles maladies infectieuses ?	OUI..... 1	NON..... 2		→2206
	2205	Le sang qui sert aux transfusions dans cet établissement fait-il « toujours », « parfois », ou « rarement » l'objet d'un dépistage de l'une des maladies infectieuses suivantes ?	<b>TOUJOURS</b>	<b>PARFOIS</b>	<b>RAREMENT</b>	<b>JAMAIS</b>
M67	01	VIH	1	2	3	4
M67	02	Syphilis	1	2	3	4
M67	03	Hépatite B	1	2	3	4
M67	04	Hépatite C	1	2	3	4

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat	Passer à
E31	<b>2206</b>	Y a-t-il un réfrigérateur pour le stockage du sang dans ce service ?	DISPONIBLE ET FONCTIONNEL ..... 1 DISPONIBLE, NON FONCTIONNEL ..... 2 DISPONIBLE, NE SAIT PAS SI FONCTIONNEL ..... 3 NON DISPONIBLE..... 4	→2210
E31	<b>2207</b>	La température du réfrigérateur est-elle relevée au moins une fois toutes les 24heures? <b>SI OUI : DEMANDEZ Á VOIR LE DOCUMENT UTILISÉ POUR CONSIGNER LA TEMPÉRATURE.</b>	OUI, DOCUMENT OBSERVÉ ..... 1 OUI, DOCUMENT DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ..... 2 NON ..... 3	→2210
E31	<b>2208</b>	Le registre des températures a-t-il été rempli pour les 30 derniers jours? <b>VEUILLEZ VÉRIFIER LE DOCUMENT AINSI QUE SA COMPLÉTUDE (TEMPÉRATURE CONSIGNÉE AU MOINS UNE FOIS TOUTES LES 24H)</b>	OUI..... 1 OUI, PARTIELLEMENT ..... 2 NON ..... 3	→2210
E31	<b>2209</b>	La température a-t-elle été en dehors de l'intervalle 2 à 6 °C inclus au cours des 30 derniers jours ? <b>VEUILLEZ VÉRIFIER LE DOCUMENT DES TEMPÉRATURES ET VÉRIFIER LA TEMPERATURE AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS AFIN DE RÉPONDRE Á LA QUESTION</b>	OBSERVÉ ET DANS L'INTERVALLE ..... 1 OBSERVÉ ET EN DEHORS DE L'INTERVALLE..... 2 DÉCLARÉ DANS L'INTERVALLE MAIS NON-VU .....3 DOCUMENT NON A JOUR.....4	
T55	<b>2210</b>	Disposez-vous de directives sur l'utilisation adéquate du sang et les pratiques de transfusion sans risque? <b>SI DISPONIBLE, DEMANDEZ Á VOIR LE DOCUMENT</b>	OUI, OBSERVÉ..... 1 OUI, DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ ..... 2 NON ..... 3	
T56	<b>2211</b>	Un prestataire de services de transfusion sanguine de votre établissement a-t-il reçu une formation sur l'utilisation adéquate du sang et les pratiques de transfusion sans risque au cours des trois années passées?	OUI..... 1 NON ..... 2	

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat					Passer à
<b>SECTION 6 : DIAGNOSTICS</b>								
	<b>3000</b>	Cet établissement effectue-t-il des diagnostics, y compris des tests de diagnostic rapide (TDR) ?	OUI.....1		NON .....2		→4000	
TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LES SERVICES DE DIAGNOSTIC DANS CET ÉTABLISSEMENT. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE, ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.								
J'aimerais savoir si les tests de diagnostic suivants et le matériel pour les effectuer sont disponibles aujourd'hui dans cet établissement.								
	<b>3100</b>	Cet établissement réalise-t-il l'un des tests suivants sur site ?	<b>OUI (SUR SITE)</b>		<b>NON</b>			
D9	<b>02</b>	Test de diagnostic de la syphilis	1	2				
D6	<b>03</b>	Test de dépistage rapide du VIH	1	2				
D11	<b>04</b>	Tests rapides de grossesse (urinaires)	1	2				
D4	<b>05</b>	Tests de protéinurie (à l'aide de bandelettes réactives)	1	2				
D5	<b>06</b>	Tests de glycosurie (à l'aide de bandelettes réactives)	1	2				
D20	<b>07</b>	Tests de cétonurie (à l'aide de bandelettes réactives)	1	2				
D7	<b>08</b>	Recueil de gouttes de sang séché (DBS) pour la surveillance du VIH (charge virale ou diagnostic précoce du nourrisson)	1	2				
	<b>3101</b>	J'aimerais savoir si les éléments suivants pour les TDR sont disponibles aujourd'hui dans cet établissement. <b>VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREMPTION EST NON DÉPASSÉE POUR AU MOINS UN DE CHAQUE TDR.</b>	<b>CONSTATÉE</b>		<b>NON CONSTATÉE</b>			
			AU MOINS UN NON PÉRIMÉ	DISPONIBLE MAIS PÉRIMÉ	DISPONIBILIT É SIGNALÉE MAIS NON CONSTATÉE	NON DISPONIBLE AUJOURD'H UI	JAMAIS DISPONIBLE	
D3 D34 D36	<b>01</b>	Kit de diagnostic rapide du paludisme	1	2	3	4	5	
D9	<b>02</b>	Kit de diagnostic rapide de la syphilis	1	2	3	4	5	
D6	<b>03</b>	Kit de diagnostic rapide du VIH	1	2	3	4	5	
D11	<b>04</b>	Kit de tests rapides de grossesse (urinaires)	1	2	3	4	5	
D4	<b>05</b>	Bandelettes réactives pour protéinurie	1	2	3	4	5	
D5	<b>06</b>	Bandelettes réactives pour glycosurie	1	2	3	4	5	
D20	<b>07</b>	Bandelettes réactives pour cétonurie	1	2	3	4	5	
D7	<b>08</b>	Papier filtre pour recueil de gouttes de sang séché (DBS)	1	2	3	4	5	
		VÉRIFIER Q3101_01: SI ÉTABLISSEMENT OFFRE DES TRD DU PALUDISME (Q3101_01 = 1, 2, 3, OU 4):	SI LES TDR DU PALUDISME NE SONT PAS OFFERTS DANS CET ETABLISSEMENT (Q3101_01 = 5):				Q3200	

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat			Passer à		
D36_A	<b>3102</b>	Y a-t-il eu une rupture de stock de kits de TDR du paludisme au cours des 4 dernières semaines?	OUI.....1	NON .....2		→3200		
D36_B	<b>3103</b>	Combien y-a-t-il eu de jours de rupture de stock?	MOINS DE 7 JOURS .....1	7 A 14 JOURS.....2	PLUS DE 14 JOURS .....3			
	<b>3200</b>	Cet établissement effectue-t-il les tests suivant sur site ou hors site?	<b>OUI, SUR SITE</b>	<b>OUI, HORS SITE</b>	<b>NON</b>			
D2	<b>01</b>	Analyses de glycémie à l'aide d'un appareil de biochimie (ex : spectrophotomètre)	1	2	3			
D1	<b>02</b>	Mesure du taux d'hémoglobine	1	2	3			
D10	<b>03</b>	Examens généraux sous microscope/montages humides	1	2	3			
D3	<b>04</b>	Tests du paludisme sur frottis-goutte épaisse	1	2	3			
D6 D23	<b>05</b>	Dosage d'anticorps anti-VIH par ELISA	1	2	3			
	<b>3201</b>	J'aimerais savoir si les éléments d'équipement suivants sont disponibles et fonctionnels aujourd'hui. <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>	<b>A) DISPONIBLE</b>		<b>B) FONCTIONNE</b>			
			OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBLE	OUI	NON	NE SAIT PAS
D3 D10 D35 D8 D31 D32 D33	<b>01</b>	Microscope optique	1 → B	2 → B	3 02 ↙	1	2	8
D3 D10 D35 D8 D31 D32	<b>02</b>	Lames de verre et lamelles	1 → B	2 → B	3 03 ↙	1	2	8
	<b>03</b>	Réfrigérateur	1 → B	2 → B	3 04 ↙	1	2	8
D2	<b>04</b>	Appareil de biochimie (spectrophotomètre)	1 → B	2 → B	3 05 ↙	1	2	8
D2	<b>05</b>	Bandelettes réactives pour glucomètre (avec date de péremption non dépassée)	1 → B	2 → B	3 06 ↙	1	2	8
D1	<b>06</b>	Colorimètre ou hémoglobinomètre	1 → B	2 → B	3 07 ↙	1	2	8
D1	<b>07</b>	Analyseur d'hémoglobine portable (HemoCue)	1 → B	2 → B	3 08 ↙	1	2	8

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat						Passer à
D3 D35	08	Colorant de Wright-Giemsa ou autre colorant acceptable pour diagnostic du paludisme (par exemple colorant de Field A et B)	1 → B	2 → B	3 09 ↩	1	2	8	
D6 D23	09	Laveur ELISA	1 → B	2 → B	3 10 ↩	1	2	8	
D6 D23	10	Lecteur ELISA	1 → B	2 → B	3 11 ↩	1	2	8	
D6 D23	11	Incubateur	1 → B	2 → B	3 12 ↩	1	2	8	
D6 D23	12	Kit de dosage spécifique – dosage d’anticorps anti-VIH par ELISA	1 → B	2 → B	3 3202 ↩	1	2	8	
T59 D35	3202	Cet établissement, dispose-t-il d’un technologiste biomédical ou agent formé à la microscopie ?	OUI.....1 NON .....2						
	3300	VÉRIFIER Q1800: SERVICES DE SOINS LIÉS À LA TB OFFERTS : 	SERVICES DE SOINS LIÉS À LA TB NON OFFERTS 						Q3400
D8	3301	Cet établissement réalise-t-il des diagnostics de tuberculose par la méthode de Ziehl-Neelson (BAAR) sur site ou hors site ?	OUI, SUR SITE.....1 OUI, HORS SITE .....2 NON .....3						→ 3303 → 3303
	3302	J’aimerais savoir si les éléments d’équipement suivants destinés au diagnostic de la TB sont disponibles et fonctionnels aujourd’hui. <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>	<b>A) DISPONIBLE</b>			<b>B) FONCTIONNE</b>			
			OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBL E	OUI	NON	NE SAIT PAS	
D8	01	Microscope à fluorescence	1 → B	2 → B	3 02 ↩	1	2	8	
D8	02	Colorant pour coloration de Ziehl-Neelson	1 → B	2 → B	3 03 ↩	1	2	8	
D8	03	Coloration auramine-rhodamine pour microscope à fluorescence	1 → B	2 → B	3 3303 ↩	1	2	8	
	3303	Cet établissement effectue-t-il des tests rapides (GeneXpert MTB/RIF) pour le diagnostic de la tuberculose sur site ou hors site?	OUI, SUR SITE.....1 OUI, HORS SITE .....2 NON .....3						→ 3400 → 3400
	3304	J’aimerais savoir si les éléments d’équipement pour le test rapide de diagnostic GeneXpert MTB/RIF sont disponibles et fonctionnels aujourd’hui : <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>	<b>A) DISPONIBLE</b>			<b>B) FONCTIONNE</b>			
			OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBL E	OUI	NON	NE SAIT PAS	
	01	Unité GeneXpert avec 4 modules avec ordinateur portable	1 → B	2 → B	3 02 ↩	1	2	8	
	02	Cartouche de test rapide pour la tuberculose	1 → B	2 → B	3 3400 ↩	1	2	8	

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat			Passer à		
	<b>3400</b>	Cet établissement fait-il des analyses de la fonction hépatique/rénale et/ou décompte de globules blancs ?	OUI, SUR SITE.....1 OUI, HORS SITE .....2 NON .....3			→3500		
	<b>3401</b>	Cet établissement fait-il des analyses de la fonction hépatique et de la fonction rénale, sur site ou hors site ?	<b>OUI, SUR SITE</b>	<b>OUI, HORS SITE</b>	<b>NON</b>			
D19	<b>01</b>	Taux d'ALAT	1	2	3			
D19	<b>02</b>	Autre analyse de la fonction hépatique (par ex. bilirubine)	1	2	3			
D18	<b>03</b>	Taux de créatinine sérique	1	2	3			
D18	<b>04</b>	Autre analyse de la fonction rénale (par ex. azote d'urée)	1	2	3			
		VÉRIFIEZ Q3401 fonction hépatique/fonction rénale SI "OUI, SUR SITE" ENTOURÉ  POUR N'IMPORTE QUEL TEST	SI SEULEMENT "OUI, HORS SITE" OU "NON" EST ENTOURÉ :			 Q3403		
	<b>3402</b>	J'aimerais savoir si les éléments d'équipement et les réactifs suivants destinés aux analyses de la fonction hépatique et rénale sont disponibles et fonctionnels aujourd'hui. <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>	<b>A) DISPONIBLE</b>		<b>B) FONCTIONNE</b>			
			OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBLE	OUI	NON	NE SAIT PAS
D18 D19	<b>01</b>	Analyseur de la chimie du sang	1 → B	2 → B	3 02 	1	2	8
D18 D19	<b>02</b>	Centrifugeuse	1 → B	2 → B	3 03 	1	2	8
D19	<b>03</b>	Kit de dosage spécifique – test de la fonction hépatique	1 → B	2 → B	3 04 	1	2	8
D18	<b>04</b>	Kit de dosage spécifique – test de la fonction rénale	1 → B	2 → B	3 3403 	1	2	8
D15 D25	<b>3403</b>	Cet établissement fait-t-il l'analyse de la numération formule sanguine (NFS)	OUI, SUR SITE.....1 OUI, HORS SITE .....2 NON .....3			→3405 →3405		
	<b>3404</b>	J'aimerais savoir si les éléments d'équipement et réactifs suivants destinés à la numération formule sanguine sont disponibles et fonctionnels aujourd'hui. <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>	<b>A) DISPONIBLE</b>		<b>B) FONCTIONNE</b>			
			OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBLE	OUI	NON	NE SAIT PAS
D15 D25	<b>01</b>	Analyseur d'hématologie (numération formule sanguine complète)	1 → B	2 → B	3 02 	1	2	8
D15 D25	<b>02</b>	Colorants pour numération formule sanguine	1 → B	2 → B	3 3405 	1	2	8

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat				Passer à	
D16	<b>3405</b>	Cet établissement réalise-t-il des numérations de CD4 (en valeur absolue et en pourcentage), sur site ou hors site?	OUI, SUR SITE.....1 OUI, HORS SITE .....2 NON .....3				→3500 →3500	
	<b>3406</b>	J'aimerais savoir si les éléments d'équipement suivants destinés à la numération des CD4 sont disponibles et fonctionnels aujourd'hui. <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>	<b>A) DISPONIBLE</b>			<b>B) FONCTIONNE</b>		
			OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBLE	OUI	NON	NE SAIT PAS
D16	<b>01</b>	Compteur de CD4	1 → B	2 → B	3 02 ↙	1	2	8
D16	<b>02</b>	Kit de dosage spécifique – test de numération des CD4	1 → B	2 → B	3 3500 ↙	1	2	8
D21 D22	<b>3500</b>	Cet établissement effectue-t-il la sérologie des groupes sanguins sur site ou hors site?	OUI, SUR SITE.....1 OUI, HORS SITE .....2 NON .....3				→3600	
	<b>3501</b>	Cet établissement effectue-t-il les tests de sérologie des groupes sanguins suivants sur site ou hors site?	<b>OUI, SUR SITE</b>		<b>OUI, HORS SITE</b>		<b>NON</b>	
D21	<b>01</b>	Groupages sanguins ABO	1		2		3	
D21	<b>02</b>	Typages sanguins Rhesus	1		2		3	
D22	<b>03</b>	Test de compatibilité croisée par méthode directe d'agglutination	1		2		3	
D22	<b>04</b>	Test de compatibilité croisée par méthode indirecte à l'antiglobuline ou un test de sensibilité équivalent	1		2		3	
		VÉRIFIER Q3501. Typage sanguin et compatibilité croisée : SI "OUI, SUR SITE" ENTOURÉ  N'IMPORTE QUEL TEST	SI SEULEMENT "OUI, HORS SITE" OU "NON" EST ENTOURÉ 				Q3600	
	<b>3502</b>	J'aimerais savoir si les éléments d'équipement et les réactifs suivants destinés au typage sanguin et au test de compatibilité croisée sont disponibles et fonctionnels aujourd'hui. <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>	<b>A) DISPONIBLE</b>			<b>B) FONCTIONNE</b>		
			OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBLE	OUI	NON	NE SAIT PAS
D21 D22	<b>01</b>	Centrifugeuse	1 → B	2 → B	3 02 ↙	1	2	8
D22	<b>02</b>	Incubateur à 37 °C	1 → B	2 → B	3 03 ↙	1	2	8
D22	<b>03</b>	Sérums pour groupage	1 → B	2 → B	3 3600 ↙	1	2	8

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat			Passer à		
	<b>3600</b>	VÉRIFIER Q007: SI CMA/HÔPITAL : 	SI ÉTABLISSEMENT NON HOSPITALIER : 			Q4000		
	<b>3601</b>	Cet établissement réalise-t-il les tests suivants, sur site ou hors site ?	<b>OUI, SUR SITE</b>	<b>OUI, HORS SITE</b>	<b>NON</b>			
D24	<b>01</b>	Mesure du taux d'électrolytes sériques	1	2	3			
D32	<b>02</b>	Analyse d'urine au microscope	1	2	3			
D29	<b>03</b>	Tests sérologique de la syphilis	1	2	3			
D31	<b>04</b>	Tests de coloration de Gram	1	2	3			
D33	<b>05</b>	Numération cellulaire dans le LCR ou fluides corporels	1	2	3			
D30	<b>06</b>	Détection de l'antigène cryptococcique	1	2	3			
D17	<b>07</b>	Technique de biologie moléculaire pour l'évaluation de la charge virale (VIH) ou diagnostic précoce du VIH chez l'enfant (PCR)	1	2	3			
	<b>3602</b>	J'aimerais savoir si les éléments d'équipement et les réactifs suivants sont disponibles et fonctionnels aujourd'hui. <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>	<b>A) DISPONIBLE</b>			<b>B) FONCTIONNE</b>		
			OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBLE	OUI	NON	NE SAIT PAS
D24	<b>01</b>	Kit de dosage spécifique – test des électrolytes sériques	1 → B	2 → B	3 02 	1	2	8
D29	<b>02</b>	Kit de dosage spécifique – sérologie de la syphilis	1 → B	2 → B	3 03 	1	2	8
D31	<b>03</b>	Coloration de Gram	1 → B	2 → B	3 04 	1	2	8
	<b>04</b>	Chambre de comptage des leucocytes	1 → B	2 → B	3 05 	1	2	8
D30	<b>05</b>	Kit de dosage spécifique – test de détection de l'antigène cryptococcique	1 → B	2 → B	3 06 	1	2	8
D17	<b>06</b>	Dosage spécifique pour système spécifique automatique pour évaluation de la charge virale VIH	1 → B	2 → B	3 07 	1	2	8
D17 D24	<b>07</b>	Centrifugeuse	1 → B	2 → B	3 08 	1	2	8
D17	<b>08</b>	Mélangeur vortex	1 → B	2 → B	3 09 	1	2	8
D17	<b>09</b>	Pipettes	1 → B	2 → B	3 10 	1	2	8
D24	<b>10</b>	Analyseur chimie du sang	1 → B	2 → B	3 3603 	1	2	8
	<b>3603</b>	Cet établissement réalise-t-il des examens radiologiques, échographiques, ou scanographiques à des fins de diagnostic ?	OUI..... 1 NON ..... 2			→4000		

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat			Passer à		
	<b>3604</b>	J'aimerais savoir si les éléments d'équipement d'imagerie suivants sont disponibles et fonctionnels aujourd'hui. <b>DEMANDEZ À VOIR LE MATÉRIEL</b>	A) DISPONIBLE			B) FONCTIONNE		
			OBSERVÉ	DÉCLARÉ MAIS NON OBSERVÉ	NON DISPONIBLE	OUI	NON	NE SAIT PAS
E33	<b>01</b>	Appareil de radiographie	1 → B	2 → B	3 02 ↙	1	2	8
E35	<b>02</b>	Appareil d'échographie	1 → B	2 → B	3 03 ↙	1	2	8
E36	<b>03</b>	Scanner	1 → B	2 → B	3 04 ↙	1	2	8
E34	<b>04</b>	Electrocardiographe (ECG)	1 → B	2 → B	3 4000 ↙	1	2	8

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat	Passer à			
<b>SECTION 7 : MÉDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS</b>							
	<b>4000</b>	Cet établissement stocke-t-il des médicaments, des vaccins, ou des produits contraceptifs?	OUI .....1 NON.....2	→5000			
DEMANDEZ À CE QUE L'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL ENDROIT DANS L'ÉTABLISSEMENT OÙ SONT STOCKÉS LES MÉDICAMENTS ET LES AUTRES FOURNITURES. TROUVEZ LA PERSONNE QUI EN SAIT LE PLUS SUR LE STOCKAGE ET LA GESTION DES MÉDICAMENTS ET AUTRES FOURNITURES DANS L'ÉTABLISSEMENT. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.							
J'aimerais savoir si les médicaments suivants sont disponibles aujourd'hui dans l'établissement. J'aimerais également observer les médicaments qui sont disponibles. Si certains de ces médicaments sont stockés dans un autre endroit, veuillez m'indiquer où, afin que je puisse m'y rendre.							
	<b>4001</b>	L'un des médicaments suivants destinés au traitement des <b>maladies infectieuses</b> est-il disponible dans l'établissement aujourd'hui ? <b>VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREMPTION EST NON DÉPASSÉE POUR AU MOINS UN DE CHAQUE MÉDICAMENT.</b>	<b>DISPONIBILITÉ CONSTATÉE</b>	<b>NON CONSTATÉE</b>			
			AU MOINS UN NON PÉRIMÉ	DISPONIBLE MAIS PÉRIMÉ	DISPONIBILITÉ SIGNALÉE MAIS NON CONSTATÉE	NON DISPONIBLE AUJOUR-D'HUI	JAMAIS DISPONIBLE
M43	<b>01</b>	Cotrimoxazole, gélule/comprimé (antibiotique oral)	1	2	3	4	5
M135	<b>02</b>	Fluconazole gélule/comprimé (antifongique)	1	2	3	4	5
M35	<b>03</b>	Albendazole ou mebendazole en gélule/comprimé	1	2	3	4	5
M49	<b>04</b>	Métronidazole en gélule/comprimé	1	2	3	4	5
M2	<b>05</b>	Amoxicilline en gélule/comprimé	1	2	3	4	5
M5 M23 M110	<b>06</b>	Ceftriaxone en injection (céphalosporine de 3 <sup>ème</sup> génération)	1	2	3	4	5
M6	<b>07</b>	Ciprofloxacine en gélule/comprimé	1	2	3	4	5
	<b>4002</b>	L'un des médicaments suivants destinés à la prise en charge des <b>maladies non transmissibles</b> est-il disponible dans l'établissement aujourd'hui ? <b>VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREMPTION EST NON DÉPASSÉE POUR AU MOINS UN DE CHAQUE MÉDICAMENT.</b>	<b>DISPONIBILITÉ CONSTATÉE</b>	<b>NON CONSTATÉE</b>			
			AU MOINS UN NON PÉRIMÉ	DISPONIBLE MAIS PÉRIMÉ	DISPONIBILITÉ SIGNALÉE MAIS NON CONSTATÉE	NON DISPONIBLE AUJOUR-D'HUI	JAMAIS DISPONIBLE
M50	<b>01</b>	Metformine en gélule/comprimé (antidiabétique oral)	1	2	3	4	5
M51	<b>02</b>	Insuline régulière injectable ou insuline à action intermédiaire	1	2	3	4	5
M52	<b>03</b>	Glucose 5% en solution injectable	1	2	3	4	5
M53	<b>04</b>	Inhibiteurs d'enzyme de conversion de l'angiotensine (ACE) antihypertenseur (ex. <b>énalapril</b> , lisinopril, ramipril, perindopril)	1	2	3	4	5
M54	<b>05</b>	Diurétique thiazidique (ex. <b>hydrochlorothiazide</b> )	1	2	3	4	5
M55	<b>06</b>	Bêta-bloquants (per ex. bisoprolol, métoprolol, carvédilol, <b>aténolol</b> )	1	2	3	4	5

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat					Passer à
M56	07	Amlodipine en comprimé	1	2	3	4	5	
M57	08	Aspirine en gélule/comprimé ou acide acétyl salicylique (AAS)	1	2	3	4	5	
M59	09	Béclométasone (pour inhalateur)	1	2	3	4	5	
M60	10	Prednisolone en gélule/comprimé	1	2	3	4	5	
M61	11	Hydrocortisone en injection	1	2	3	4	5	
M62	12	Épinéphrine en injection	1	2	3	4	5	
M114	13	Furosemide en gélule/comprimé	1	2	3	4	5	
M10	14	Glibenclamide en gélule/comprimé	1	2	3	4	5	
M115	15	Gliclazide en comprimé ou glipizide en comprimé (antidiabétique oral)	1	2	3	4	5	
M116	16	Trinitrate de glycéryl en comprimé sublingual	1	2	3	4	5	
M95 M44	17	Ibuprofène en comprimé	1	2	3	4	5	
M118	18	Dinitrate d'isosorbide en comprimé	1	2	3	4	5	
M11	19	Oméprazole en comprimé ou équivalent (pantoprazole, rabeprazole)	1	2	3	4	5	
M38 M44	20	Paracétamol en gélule/comprimé (formulation orale adulte)	1	2	3	4	5	
M13	21	Salbutamol inhalateur	1	2	3	4	5	
M14	22	Simvastatine en comprimé ou autres statines (par ex. atorvastatine, pravastatine, fluvastatine)	1	2	3	4	5	
M147	23	Spirolactone en comprimé	1	2	3	4	5	
	4003	L'un des médicaments et produits de santé reproductive suivants est-il disponible dans l'établissement aujourd'hui ? VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREMPTION EST NON DÉPASSÉE POUR AU MOINS UN DE CHAQUE MÉDICAMENT ET PRODUIT.	DISPONIBILITÉ CONSTATÉE		NON CONSTATÉE			
			AU MOINS UN NON PÉRIMÉ	DISPONIBLE MAIS PÉRIMÉ	DISPONIBILITÉ SIGNALÉE MAIS NON CONSTATÉE	NON DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE	
M15	01	Pilules contraceptives orales combinées (Planif, Oralcon, Stediril, Adepal, Microgynon, ...)	1	2	3	4	5	
M96	02	Pilules contraceptives progestatives (Microlut)	1	2	3	4	5	
M16 M97	03	Contraceptifs injectables combinés (estrogène-progestérone)	1	2	3	4	5	
M16 M98	04	Contraceptifs injectables progestatifs (Dépoprovera, Sayana press,...)	1	2	3	4	5	
M17	05	Préservatifs masculins	1	2	3	4	5	
M99	06	Préservatifs féminins	1	2	3	4	5	
M150 M108	07	Implant (par ex. Norplan, Jadelle, Implanon)	1	2	3	4	5	

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat					Passer à
M151 M109	<b>08</b>	Contraception d'urgence (par ex. Norlevo, pilule du lendemain,...)	1	2	3	4	5	
M105	<b>09</b>	Dispositif contraceptif intra-utérin (DIU)	1	2	3	4	5	
	<b>4004</b>	Pour chacun des éléments suivants, veuillez vérifier dans les registres s'il y a eu une rupture de stock au cours des 3 derniers mois:	<b>RUPTURE DE STOCK AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS</b>	<b>PAS DE RUPTURE DE STOCK AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS</b>	<b>NON-INDIQUÉ</b>	<b>PRODUIT NON OFFERT</b>	<b>REGISTRE NON DISPONIBLE</b>	
M99_A	<b>01</b>	Préservatifs féminins	1	2	3	4	5	
M150_A	<b>02</b>	Implant (Norplan, Jadelle, Implanon)	1	2	3	4	5	
M151_A	<b>03</b>	Contraception d'urgence (par ex. Norlevo, pilule du lendemain,...)	1	2	3	4	5	
	<b>4005</b>	L'un des <b>médicaments de santé maternelle</b> suivants est-il disponible dans l'établissement aujourd'hui ? <b>VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREMPTION EST NON DÉPASSÉE POUR AU MOINS UN DE CHAQUE MÉDICAMENT.</b>	<b>DISPONIBILITÉ CONSTATÉE</b>		<b>NON CONSTATÉE</b>			
			AU MOINS UN NON PÉRIMÉ	DISPONIBLE MAIS PÉRIMÉ	DISPONIBILITÉ SIGNALÉE MAIS NON CONSTATÉE	NON DISPONIBLE AUJOUR-D'HUI	JAMAIS DISPONIBLE	
M18	<b>01</b>	Comprimés de fer	1	2	3	4	5	
M19	<b>02</b>	Comprimés d'acide folique	1	2	3	4	5	
M18 M19	<b>03</b>	Comprimés de fer et d'acide folique combinés	1	2	3	4	5	
M20	<b>04</b>	Vaccin antitétanique	1	2	3	4	5	
M69	<b>05</b>	Chlorure de sodium en solution injectable	1	2	3	4	5	
M70	<b>06</b>	Gluconate de calcium en solution injectable	1	2	3	4	5	
M24	<b>07</b>	Sulfate de magnésium en injection	1	2	3	4	5	
M71 M23	<b>08</b>	Ampicilline en poudre pour injection	1	2	3	4	5	
M72 M23 M110 M141	<b>09</b>	Gentamycine en injection	1	2	3	4	5	
M106	<b>10</b>	Hydralazine injectable	1	2	3	4	5	
M73	<b>11</b>	Métronidazole en injection	1	2	3	4	5	
M74	<b>12</b>	Misoprostol en gélules de 200µg	1	2	3	4	5	
M75	<b>13</b>	Azithromycine en gélule/comprimé ou liquide oral	1	2	3	4	5	
M76	<b>14</b>	Céfixime en gélule/comprimé	1	2	3	4	5	
M77	<b>15</b>	Benzathine benzylpenicilline en poudre pour injection	1	2	3	4	5	
M78	<b>16</b>	Bétaméthasone en injection	1	2	3	4	5	
M78 M129	<b>17</b>	Dexaméthasone en injection	1	2	3	4	5	

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat					Passer à
M79	18	Nifédipine en gélule/comprimé (10 mg)	1	2	3	4	5	
M107	19	Méthyl dopa en comprimé	1	2	3	4	5	
M22	20	Oxytocine en injection	1	2	3	4	5	
		SI L'OXYTOCINE EST CONSTATÉE DISPONIBLE (Q4005_20 "1" OU "2")	SI L'OXYTOCINE EST CONSTATÉE NON DISPONIBLE (Q4005_20 "3","4" OU "5")					→4007
	4006	L'oxytocine est-elle stockée au froid?	OUI .....1 NON.....2					
	4007	Pour chacun des éléments suivants, veuillez vérifier dans les fiches de stock de l'établissement s'il y a eu une rupture de stock au cours des 3 derniers mois:	RUPTURE DE STOCK AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS	PAS DE RUPTURE DE STOCK AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS	NON-INDIQUÉ	PRODUIT NON OFFERT	FICHE NON DISPONIBLE	
M22_A	01	Oxytocine en injection	1	2	3	4	5	
M74_A	02	Misoprostol en comprimé de 200µg	1	2	3	4	5	
M24_A	03	Sulfate de magnésium en injection	1	2	3	4	5	
M72_A	04	Gentamycine en injection	1	2	3	4	5	
M80_A	05	Procaine benzylpenicillin en injection	1	2	3	4	5	
M5_A	06	Ceftriaxone en injection	1	2	3	4	5	
M78_A	07	Bétaméthasone en injection	1	2	3	4	5	
M78_B	08	Dexaméthasone en injection	1	2	3	4	5	
	4008	L'un des <b>médicaments de santé infantile</b> suivants est-il disponible dans l'établissement aujourd'hui ? <b>VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREMPTION EST NON DÉPASSÉE POUR AU MOINS UN DE CHAQUE MÉDICAMENT.</b>	<b>DISPONIBILITÉ CONSTATÉE</b>		<b>NON CONSTATÉE</b>			
			AU MOINS UN NON PÉRIMÉ	DISPONIBLE MAIS PÉRIMÉ	DISPONIBILITÉ SIGNALÉE MAIS NON CONSTATÉE	NON DISPONIBLE AUJOUR-D'HUI	JAMAIS DISPONIBLE	
M80 M110	01	Procaine benzylpénicilline en injection	1	2	3	4	5	
M32	02	Sachets de sels de réhydratation orale (SRO)	1	2	3	4	5	
M36	03	Sulfate de zinc en comprimés	1	2	3	4	5	
M36	04	Sulfate de zinc en sirop ou comprimé dispersible	1	2	3	4	5	
M34	05	Gélules de vitamine A ou rétinol	1	2	3	4	5	
M21	06	Collyre antibiotique ophtalmique pour nouveau-né	1	2	3	4	5	
M7	07	Co-trimoxazole en sirop/suspension	1	2	3	4	5	
M12	08	Paracétamol en sirop/suspension	1	2	3	4	5	
M33	09	Amoxicilline 250 mg ou 500 mg en comprimé dispersible ou en sirop/suspension	1	2	3	4	5	

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat					Passer à	
		SI DISPONIBILITÉ AMOXICILLINE EN COMPRIMÉ DISPERSIBLE CONSTATÉE (Q4008_09 = "1")							→4011
	4009	Le produit est-il stocké de sorte que les étiquettes d'identification ainsi que les dates de péremption et les dates de fabrication sont visibles?	OUI .....1 NON.....2						
	4010	Vérifiez les dates d'expiration des produits entreposés. Sont-ils stockés dans l'ordre « premier à expirer, premier sorti (PEPS) » (le stock qui expirera en premier est celui stocké le plus proche vers l'avant)? <b>VÉRIFIEZ LES DATES DE PÉREMPTION DU PRODUIT STOCKÉ LE PLUS À L'AVANT ET LE PLUS À L'ARRIÈRE DE L'ÉTAGÈRE. SI LE PRODUIT À L'AVANT EXPIRE EN PREMIER, RÉPONDEZ « OUI », SI LE PRODUIT VERS L'ARRIÈRE EXPIRE EN PREMIER, RÉPONDEZ « NON ».</b>	OUI .....1 NON.....2						
	4011	Pour chacun des éléments suivants, veuillez vérifier dans les fiches de stock de l'établissement s'il y a eu une rupture de stock au cours des 3 derniers mois:	RUPTURE DE STOCK AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS	PAS DE RUPTURE DE STOCK AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS	NON-INDIQUÉ	PRODUIT NON OFFERT	FICHE NON DISPONIBLE		
M33_A	01	Amoxicilline 250 mg ou 500 mg en comprimé dispersible ou en sirop/suspension	1	2	3	4	5		
M32_A	02	Sachets de sels de réhydratation orale (SRO)	1	2	3	4	5		
M36_A	03	Sulfate de zinc en comprimés	1	2	3	4	5		
M36_B	04	Sulfate de zinc en sirop ou comprimé dispersible	1	2	3	4	5		
	4012	Cet établissement stocke-t-il des médicaments pour traiter le paludisme?	OUI .....1 NON.....2					→4016	
	4013	L'un des <b>médicaments antipaludiques</b> suivants est-il disponible aujourd'hui dans cet établissement ? <b>VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREMPTION EST NON DÉPASSÉE POUR AU MOINS UN DE CHAQUE MÉDICAMENT.</b>	<b>DISPONIBILITÉ CONSTATÉE</b>		<b>NON CONSTATÉE</b>				
			AU MOINS UN NON PÉRIMÉ	DISPONIBLE MAIS PÉRIMÉ	DISPONIBILITÉ SIGNALÉE MAIS NON CONSTATÉE	NON DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE		
M81 M37	01	ACT	1	2	3	4	5		
M136	02	Artémisinine en monothérapie (pas sous forme d'association médicamenteuse) (orale)	1	2	3	4	5		
M82	03	Formes galéniques rectales ou injectables d'artésunate	1	2	3	4	5		
M39	04	SP (sulfadoxine + pyriméthamine)	1	2	3	4	5		
M40	05	Moustiquaires imprégnées d'insecticide pour les patients et leurs familles (MILDA)	1	2	3	4	5		
M40	06	Coupons pour des moustiquaires imprégnées d'insecticide(MILDA) pour les patients et leurs familles	1	2	3	4	5		

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat					Passer à
M138	07	Chloroquine (forme orale)	1	2	3	4	5	
M139	08	Quinine (forme orale)	1	2	3	4	5	
M140	09	Primaquine (forme orale)	1	2	3	4	5	
		VÉRIFIER Q4013_01: SI L'ÉTABLISSEMENT STOCKE DES ACT (Q4013_01 = 1, 2, 3, OR 4): 	SI L'ÉTABLISSEMENT NE STOCKE PAS DES ACT (Q4013_01 = 5): 					→4016
M37_A	4014	Y a-t-il eu une rupture de stock de ACT au cours des 4 dernières semaines?	OUI .....1 NON.....2					→4016
M37_B	4015	Combien y-a-t-il eu de jours de rupture de stock?	MOINS DE 7 JOURS.....1 7 A 14 JOURS .....2 PLUS DE 14 JOURS.....3					
	4016	Cet établissement stocke-t-il des médicaments pour le traitement de la tuberculose ?	OUI .....1 NON.....2					→4018
	4017	L'un des <b>médicaments antituberculeux</b> suivants est-il disponible aujourd'hui dans cet établissement ? <b>VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREMPTION EST NON DÉPASSÉE POUR AU MOINS UN DE CHAQUE MÉDICAMENT.</b>	<b>DISPONIBILITÉ CONSTATÉE</b>		<b>NON CONSTATÉE</b>			
			AU MOINS UN NON PÉRIMÉ	DISPONIBLE MAIS PÉRIMÉ	DISPONIBILITÉ SIGNALÉE MAIS NON CONSTATÉE	NON DISPONIBLE AUJOUR-D'HUI	JAMAIS DISPONIBLE	
M41	01	Éthambutol	1	2	3	4	5	
M41	02	Isoniazide	1	2	3	4	5	
M41	03	Pyrazinamide	1	2	3	4	5	
M41	04	Rifampicine	1	2	3	4	5	
M41	05	Isoniazide + rifampicine (2FDC)	1	2	3	4	5	
M41	06	Isoniazide + éthambutol (EH) (2FDC)	1	2	3	4	5	
M41	07	Isoniazide + rifampicine + pyrazinamide (RHZ) (3FDC)	1	2	3	4	5	
M41	08	Isoniazide + rifampicine + éthambutol (RHE) (3FDC)	1	2	3	4	5	
M41	09	Isoniazide + rifampicine + pyrazinamide + éthambutol (4FDC)	1	2	3	4	5	
	10	Streptomycine en injection	1	2	3	4	5	
	4018	Cet établissement stocke-t-il des médicaments antirétroviraux (ARV)?	OUI .....1 NON.....2					→4020
	4019	L'un des <b>ARV</b> suivants est-il disponible aujourd'hui dans cet établissement ? <b>VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREMPTION EST NON DÉPASSÉE POUR AU MOINS UN DE CHAQUE MÉDICAMENT.</b>	<b>DISPONIBILITÉ CONSTATÉE</b>		<b>NON CONSTATÉE</b>			
			AU MOINS UN NON PÉRIMÉ	DISPONIBLE MAIS PÉRIMÉ	DISPONIBILITÉ SIGNALÉE MAIS NON CONSTATÉE	NON DISPONIBLE AUJOUR-D'HUI	JAMAIS DISPONIBLE	
M45 M48	01	Zidovudine (ZDV, AZT)	1	2	3	4	5	

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat					Passer à
M46	<b>02</b>	Zidovudine (ZDV, AZT) en sirop	1	2	3	4	5	
M45 M48	<b>03</b>	Abacavir (ABC)	1	2	3	4	5	
M45 M48	<b>04</b>	Lamivudine (3TC)	1	2	3	4	5	
M45 M48	<b>05</b>	Fumarate de ténofovir disoproxil (TDF)	1	2	3	4	5	
M45 M48	<b>06</b>	Névirapine (NVP)	1	2	3	4	5	
M47	<b>07</b>	Névirapine (NVP) en sirop	1	2	3	4	5	
M45 M48	<b>08</b>	Éfavirenz (EFV)	1	2	3	4	5	
M45 M48	<b>09</b>	Emtricitabine (FTC)	1	2	3	4	5	
M45 M48	<b>10</b>	Lamivudine + Abacavir (3TC + ABC)	1	2	3	4	5	
M45 M48	<b>11</b>	Zidovudine + Lamivudine (AZT + 3TC)	1	2	3	4	5	
M45 M48	<b>12</b>	Zidovudine + Lamivudine + Abacavir (AZT + 3TC + ABC)	1	2	3	4	5	
M45 M48	<b>13</b>	Zidovudine + Lamivudine + Névirapine (AZT + 3TC + NVP)	1	2	3	4	5	
M45 M48	<b>14</b>	Ténofovir + Emtricitabine (TDF + FTC)	1	2	3	4	5	
M45 M48	<b>15</b>	Tenofovir + Lamivudine (TDF + 3TC)	1	2	3	4	5	
M45 M48	<b>16</b>	Tenofovir + Lamivudine + Éfavirenz (TDF + 3TC + EFV)	1	2	3	4	5	
M45 M48	<b>17</b>	Tenofovir + Émtricitabine + Éfavirenz (TDF + FTC + EFV)	1	2	3	4	5	
M45	<b>18</b>	Didanosine (DDI)	1	2	3	4	5	
	<b>19</b>	Lamivudine (3TC) en sirop	1	2	3	4	5	
M45	<b>20</b>	Stavudine 30 or 40 (D4T)	1	2	3	4	5	
	<b>21</b>	Stavudine en sirop	1	2	3	4	5	
	<b>22</b>	Efavirenz (EFV) en sirop	1	2	3	4	5	
M45	<b>23</b>	Delavirdine (DLV)	1	2	3	4	5	
M45	<b>24</b>	Enfuvirtide (T-20)	1	2	3	4	5	
M45	<b>25</b>	Stavudine + Lamivudine (D4T + 3TC)	1	2	3	4	5	
M45	<b>26</b>	Stavudine + Lamivudine + Névirapine (D4T + 3TC + NVP)	1	2	3	4	5	
	<b>4020</b>	Cet établissement stocke-t-il des inhibiteurs de protéase pour le traitement du VIH / SIDA?	OUI .....1 NON.....2					→4022

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat					Passer à	
	<b>4021</b>	L'un des <b>inhibiteurs de protéase</b> suivants est-il disponible dans l'établissement aujourd'hui ? <b>VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREMPTION EST NON DÉPASSÉE POUR AU MOINS UN DE CHAQUE MÉDICAMENT.</b>	<b>DISPONIBILITÉ CONSTATÉE</b>		<b>NON CONSTATÉE</b>				
			AU MOINS UN NON PÉRIMÉ	DISPONIBLE MAIS PÉRIMÉ	DISPONIBILITÉ SIGNALÉE MAIS NON CONSTATÉE	NON DISPONIBLE AUJOUR-D'HUI	JAMAIS DISPONIBLE		
M48	<b>01</b>	Lopinavir (LPV)	1	2	3	4	5		
	<b>02</b>	Indinavir (IDV)	1	2	3	4	5		
	<b>03</b>	Nelfinavir (NFV)	1	2	3	4	5		
	<b>04</b>	Saquinavir (SQV)	1	2	3	4	5		
	<b>05</b>	Ritonavir (RTV)	1	2	3	4	5		
	<b>06</b>	Atazanavir (ATV)	1	2	3	4	5		
	<b>07</b>	Fosamprénavir (FPV)	1	2	3	4	5		
	<b>08</b>	Tipranavir (TPV)	1	2	3	4	5		
	<b>09</b>	Darunavir (DRV)	1	2	3	4	5		
	<b>4022</b>	L'un des autres médicaments et produits suivants est-il disponible dans l'établissement aujourd'hui ? <b>VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREMPTION EST NON DÉPASSÉE POUR AU MOINS UN DE CHAQUE MÉDICAMENT/PRODUIT.</b>	<b>DISPONIBILITÉ CONSTATÉE</b>		<b>NON CONSTATÉE</b>				
			AU MOINS UN NON PÉRIMÉ	DISPONIBLE MAIS PÉRIMÉ	DISPONIBILITÉ SIGNALÉE MAIS NON CONSTATÉE	NON DISPONIBLE AUJOUR-D'HUI	JAMAIS DISPONIBLE		
M27	<b>01</b>	Solution i.v. de sérum physiologique	1	2	3	4	5		
M27	<b>02</b>	Solution i.v. de Ringer Lactate	1	2	3	4	5		
M27	<b>03</b>	Solution i.v. de dextrose 5 %	1	2	3	4	5		
M42	<b>04</b>	Traitement i.v. pour les infections fongiques	1	2	3	4	5		
M26	<b>05</b>	Antiseptiques pour la peau (bétadine)	1	2	3	4	5		
	<b>06</b>	Tabliers de protection	1	2	3	4	5		
	<b>07</b>	Protection des yeux (lunettes, protection du visage)	1	2	3	4	5		
	<b>08</b>	Masques médicaux (chirurgicaux ou de procédure)	1	2	3	4	5		
M63	<b>09</b>	Fil de suture résorbable	1	2	3	4	5		
M63	<b>10</b>	Fil de suture non résorbable	1	2	3	4	5		
M64	<b>11</b>	Kétamine (injectable)	1	2	3	4	5		
M65	<b>12</b>	Lidocaïne 1 % ou 2 % (anesthésie)	1	2	3	4	5		
M25	<b>13</b>	Diazépam (injectable)	1	2	3	4	5		
		VÉRIFIEZ Q007 AND Q1002_08: SI HÔPITAL OU ÉTABLISSEMENT PROPOSE DES CÉSARIENNES : 	SI ÉTABLISSEMENT NON HOSPITALIER ET PAS DE CÉSARIENNES PROPOSÉES:					Q4100	
M84	<b>14</b>	Thiopental (poudre)	1	2	3	4	5		

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat					Passer à
M85	15	Bromure de suxaméthonium (poudre)	1	2	3	4	5	
M86	16	Atropine (injectable)	1	2	3	4	5	
M87	17	Halothane (inhalation)	1	2	3	4	5	
M88	18	Bupivacaïne (injectable)	1	2	3	4	5	
M89	19	Lidocaïne 5 % (solution hyperbare pour rachianesthésie)	1	2	3	4	5	
M62	20	Épinéphrine (injectable)	1	2	3	4	5	
M90	21	Éphédrine (injectable)	1	2	3	4	5	
	4023	L'un des médicaments neurologiques et pour la santé mentale suivants est-il disponible dans l'établissement aujourd'hui ? <b>VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREMPTION EST NON DÉPASSÉE POUR AU MOINS UN DE CHAQUE MÉDICAMENT.</b>	<b>DISPONIBILITÉ CONSTATÉE</b>		<b>NON CONSTATÉE</b>			
			AU MOINS UN NON PÉRIMÉ	DISPONIBLE MAIS PÉRIMÉ	DISPONIBILITÉ SIGNALÉE MAIS NON CONSTATÉE	NON DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE	
M1	01	Amitriptyline en comprimé	1	2	3	4	5	
M119	02	Carbamazépine en comprimé	1	2	3	4	5	
M120	03	Chlorpromazine en injection	1	2	3	4	5	
M121	04	Diazépam en comprimé	1	2	3	4	5	
M122	05	Diazépam en injection ou diazépam en tubes rectaux	1	2	3	4	5	
M94	06	Fluoxétine en comprimé	1	2	3	4	5	
M123	07	Fluphénazine en injection	1	2	3	4	5	
M124	08	Halopéridol en comprimé	1	2	3	4	5	
M125	09	Lithium en comprimé	1	2	3	4	5	
M126	10	Phénobarbital en comprimé	1	2	3	4	5	
M127	11	Phénytoïne en comprimé	1	2	3	4	5	
M128	12	Valproate de sodium en comprimé	1	2	3	4	5	
M144	13	Lorazepam en injection	1	2	3	4	5	
M145	14	Levodopa + carbidopa en comprimé	1	2	3	4	5	
	4024	L'un des médicaments pour les soins palliatifs suivants est-il disponible dans l'établissement aujourd'hui ? <b>VÉRIFIER QUE LA DATE DE PÉREMPTION EST NON DÉPASSÉE POUR AU MOINS UN DE CHAQUE MÉDICAMENT.</b>	<b>DISPONIBILITÉ CONSTATÉE</b>		<b>NON CONSTATÉE</b>			
			AU MOINS UN NON PÉRIMÉ	DISPONIBLE MAIS PÉRIMÉ	DISPONIBILITÉ SIGNALÉE MAIS NON CONSTATÉE	NON DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE	
M129	01	Dexaméthasone en injection	1	2	3	4	5	
M130	02	Halopéridol en injection	1	2	3	4	5	
M131	03	Butylhyoscine bromure ou Butylscopolamine injectable ou hyoscine butylbromide en injection	1	2	3	4	5	
M132	04	Lorazépam en comprimé	1	2	3	4	5	
M133	05	Métoclopramide en injection	1	2	3	4	5	

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat					Passer à
M83 M44	06	Morphine en granules, comprimé	1	2	3	4	5	
M83 M44	07	Morphine en injection	1	2	3	4	5	
M134	08	Préparation senna (laxatif) ou bisacodyl	1	2	3	4	5	
M146	09	Loperamide en comprimé	1	2	3	4	5	
<b>CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT</b>								
	4100	Qui est le principal responsable de la gestion des commandes de produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux dans cet établissement?	INFIRMIER(E) .....1 PERSONNEL SOIGNANT .....2 TECHNICIEN DE PHARMACIE (PEP).....3 ASSISTANT PHARMACIEN (GERANT) .....4 PHARMACIEN .....5 ASSISTANT MÉDICAL .....6 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)					
	4101	Lesquels des mécanismes suivants sont utilisés pour déterminer les quantités de réapprovisionnement de cet établissement? <b>DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉCANISME SUIVANT</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>NE SAIT PAS</b>			
	01	L'établissement lui-même	1	2	3			
	02	Un établissement de niveau supérieur	1	2	3			
	03	Autre _____ (PRÉCISER)	1	2	3			
	4102	Comment les quantités de réapprovisionnement de l'établissement sont-elles déterminées?	FORMULE (TOUT CALCUL).....1 NE SAIT PAS .....2 AUTRE MOYEN .....3					
	4103	Quelle est la <b>principale source</b> d'approvisionnement des produits pharmaceutiques de routine? Qui est le fournisseur direct de votre établissement?	CAMEG .....1 DRD .....2 ONG/DONATEURS .....3 SOURCES PRIVÉES .....4 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)					
	4104	Comment les produits pharmaceutiques fournis par votre <b>source principale</b> d'approvisionnement sont-ils livrés dans l'établissement ?	FOURNISSEUR LIVRE DANS L'ÉTABLISSEMENT .....1 ÉTABLISSEMENT DOIT ORGANISER LA LIVRAISON .....2 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)					
	4105	Qui est responsable du transport des produits (médicaments/fournitures) depuis les dépôts centraux jusqu'à l'établissement?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>				
	01	Le fournisseur local fait les livraisons	1	2				

## 2. Questionnaire

Code indicateur	Numéro	Question	Résultat		Passer à
	<b>02</b>	Le dépôt central fait les livraisons	1	2	
	<b>03</b>	Cet établissement récupère les produits (médicaments/fournitures)	1	2	
	<b>04</b>	Autre _____ (PRÉCISER)	1	2	
	<b>4106</b>	Pour la commande la plus récente, combien de temps a-t-il fallu entre la commande et la réception des produits?	MOINS DE 2 SEMAINES .....1 2 SEMAINES A 1 MOIS .....2 ENTRE 1 et 2 MOIS .....3 PLUS DE 2 MOIS .....4		
<b>Nous avons à présent répondu à toutes les questions de cette enquête. Merci pour votre participation.</b>					

Numéro	Question	Résultat	Passer à
<b>SECTION 8 : OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR</b>			
5000	HEURE DE FIN DE L'ENTRETIEN (utiliser le système de temps sur 24 heures)	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
5001	CODES DE RÉSULTAT (DERNIÈRE VISITE) :	ENTièrement REMPLI ..... 1 PERSONNE INTERROGÉE NON DISPONIBLE ..... 2 REFUSÉ ..... 3 PARTIELLEMENT REMPLI ..... 4 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
<b>COMMENTAIRES SUR LA(ES) PERSONNE(S) INTERROGÉE(S) :</b>			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
<b>COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :</b>			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
<b>AUTRES COMMENTAIRES ÉVENTUELS :</b>			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
<b>OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR:</b>			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
<b>NOM DU SUPERVISEUR :</b> _____		<b>DATE:</b> _____	