**Évaluations de base de la planification familiale au Sénégal**

**OUTIL D'ÉVALUATION DES CASES DE SANTÉ**

**PLANIFICATION FAMILIALE ET SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE**

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Nous sommes ici au nom de l’Université Cheikh Anta Diop (UCAD) de Dakar pour aider le Ministère de la Santé et de l’Action Sociale (MSAS), plus précisément la Direction de la Santé de la Mère et de l’Enfant (DSME). Nous sommes chargés de cartographier tous les établissements publics de santé (EPS), les centres de santé et postes de santé du pays afin de déterminer leurs capacités à fournir des services de planification familiale et de santé maternelle et infantile (SMNI). Nous aimerions recueillir des informations sur l'infrastructure, l'équipement, les médicaments, les fournitures, la disponibilité du personnel formé en matière de planification familiale et de santé maternelle et infantile, ainsi que des statistiques sur certains services liés à votre structure sanitaire. Je vous demande de bien vouloir nous aider à remplir ce formulaire pour votre structure sanitaire.

Le temps d’administration de ce formulaire est d’environ une heure. Votre soutien dans la réalisation de cet exercice de cartographie est inestimable. Je vous demande de fournir les informations les plus honnêtes et les plus correctes possibles. Si, pour certaines questions, quelqu'un d'autre est le mieux placé pour fournir l'information, nous vous serions reconnaissants de nous présenter cette personne. Nous souhaiterions également interroger individuellement certains membres de votre personnel pour leur administrer un questionnaire prestataire.

Avez-vous des questions ?

Etes-vous d’accord pour participer à cet interview ? **Oui**  **Non**

**NOM DE LE/LA RESPONASBLE OU SON REPRESENTANT**

PRENOM(S) ET NOM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DESIGNATION : 1. Responsable ; 2. Représentant

SIGNATURE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REMARQUES/COMMENTAIRES DU SIGNATAIRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SECTION 1 : DONNÉES D'IDENTIFICATION ET DÉTAILS DE L'ENTRETIEN**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICATION** | **Code** |
| NOM DE LA RÉGION  NOM DU DEPARTEMENT |  |
| NOM DU DISTRICT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| NOM DU QUARTIER/VILLAGE  TYPE DE LIEU (RURAL= 1 URBAIN = 2) |  |
| NOM DE LA CASE DE SANTE |  |
| AUTORITÉ DE GESTION / PROPRIÉTÉ (PUBLIC-1, PRIVÉ-2) |  |
| COORDONNÉES GPS DE LA STRUCTURE SANITAIRE | LATITUDE  LONGITUDE  ALTITUDE |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VISITES DE L'ENQUÊTEUR** | | | |
|  | **1** | **2** | **VISITES FINALES** |
| DATE  CODE DE L'ENQUÊTEUR  RÉSULTAT\*  TEMPS PASSÉ | JOUR  MOIS  ANNEE  CODE  RESULTAT DU CODE  TEMPS TOTAL  HR MIN | JOUR  MOIS  ANNEE  CODE  RESULTAT DU CODE  TEMPS TOTAL  HR MIN | JOUR  MOIS  ANNEE  CODE  RESULTAT DU CODE  TEMPS TOTAL  HR MIN |
| PROCHAINE VISITE:  DATE  HEURE | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | NOMBRE TOTAL DE VISITES |
| \*CODE RÉSULTAT :  1. COMPLÉTÉ  2. STRUCTURE SANITAIRE NON TROUVÉE  3. REPORTÉ  4. REFUS  5. PARTIELLEMENT COMPLET**É** | | | |

**SECTION 2 : INFORMATIONS GÉNÉRALES**

**(NE REMPLIR CETTE SECTION QUE POUR LES STRUCTURES SANITAIRES DE SANTÉ PUBLICS)**

| **#** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODAGE** | **PASSEZ À** |
| --- | --- | --- | --- |
| 201 | Estimation de la population polarisée par la case de santé | Population |  |
| 202 | Nom de l’établissement du poste de santé de référence | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**SECTION 3 : INFRASTRUCTURE GÉNÉRALE**

**OBSERVATION GÉNÉRALE DE L'ÉTAT DE PRÉPARATION DE LA STRUCTURE SANITAIRE : LES INFORMATIONS DE CETTE SECTION SERONT RECUEILLIES SOIT PAR DES OBSERVATIONS, SOIT EN INTERROGEANT LE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE SANITAIRE OU SON REPRESENTANT**

| **NO. Q.** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODAGE** | | | **PASSEZ À** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **301** | **La case de santé dispose-t-il des éléments suivants ?** | **Oui** | **Non** | |  |
|  | Une salle d'attente avec des sièges | 1 | 2 | |
|  | Toilettes avec eau courante dans la salle d'attente | 1 | 2 | |
|  | Dispositif de lavage des mains | 1 | 2 | |
|  | Eau potable | 1 | 2 | |
|  | Alimentation en électricité | 1 | 2 | |
| **ESPACE DE TRAVAIL**  *(Visite de la salle d'accouchement et enregistrement sur la base de l'observation)* | | | | | |
| 302 | **La case de santé dispose-t-il d'une salle d’accouchement?** | Oui………………………………………… 1  Non ………………………..2 | | | **401** |
| 303 | **Le case de santé dispose-t-il de toilettes fonctionnelles avec eau courante et chasse d'eau dans la salle d’accouchement ?** | Oui………………………………………… 1  Non ………………………..2 | | |  |
| 304 | **Les instruments et équipements suivants sont-ils disponibles et fonctionnels dans la salle d'accouchement ?** | **Disponible et fonctionnel** | **Disponible mais pas fonctionnel** | **Indisponible** |  |
|  | Table d’accouchement | 1 | 2 | 3 |
|  | Lampe/éclairage réglable | 1 | 2 | 3 |
|  | Bouteille d'oxygène avec régulateur et masque | 1 | 2 | 3 |
|  | Aspirateur électrique intra-utérin | 1 | 2 | 3 |
|  | Ampoule d'aspiration | 1 | 2 | 3 |
|  | Médicament d'urgence dans le plateau/chariot de l'équipement (Antispasmodique) | 1 | 2 | 3 |
|  | Médicament d'urgence dans le plateau/chariot de l'équipement ( antibiotique) | 1 | 2 | 3 |
|  | Médicament d'urgence dans le plateau/chariot de l'équipement ( Antalgiques) | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Médicament d'urgence dans le plateau/chariot de l'équipement ( Acide tranexamique ou Exacyl) | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Médicament d'urgence dans le plateau/chariot de l'équipement ( Sulfate de magnesium) | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Médicament d'urgence dans le plateau/chariot de l'équipement ( Nifédipine) | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Médicament d'urgence dans le plateau/chariot de l'équipement ( Corticostéroïde) | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Kit d'accouchement normal : Pince de Kocher | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Kit d'accouchement normal : Ciseau pour cordon ombilical | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Kit d'accouchement normal : Clamp de bar | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Kit d'accouchement normal : Pince à rompre | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Kit d'accouchement normal : Compresses stériles | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Kit d'accouchement normal : Gants stériles | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Equipement adapté pour accouchement style libre | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Pince à forceps | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Ventouse |  |  |  |  |
|  | Pince à cœur | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Plateau réniforme (Haricots) | 1 |  | 3 |
|  | Seringues et canules AMIU (Aspiration manuelle intra-utérine) | 1 |  | 3 |
|  | Tambour | 1 | 2 | 3 |
|  | Ciseaux à cordon | 1 |  | 3 |
|  | Pinces à cordon | 1 |  | 3 |
|  | Clamp de Bar | 1 |  | 3 |
|  | Support à perfusion | 1 |  | 3 |
|  | Kit de perfusion intraveineuse | 1 | 2 | 3 |
|  | Sonde urinaire | 1 | 2 | 3 |
|  | Coton et compresse stérilisés | 1 |  | 3 |
|  | Stérilisateur à haute pression / Autoclave | 1 | 2 | 3 |
|  | Kit de suture (pince) | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Kit de suture (porte aiguille) | 1 | 2 | 3 |
|  | Kit de suture (ciseaux) | 1 | 2 | 3 |
|  | Kit de suture (lames) | 1 | 2 | 3 |
|  | Kit de suture (fils) | 1 | 2 | 3 |
|  | Kit de suture (compresses stériles) | 1 | 2 | 3 |
|  | Kit de suture (gants stériles) | 1 | 2 | 3 |
|  | Kit de suture (bétadine) | 1 | 2 | 3 |
|  | Kit de test de grossesse urinaire | 1 |  | 3 |
|  | Lavage des mains à l'eau courante au point d'utilisation | 1 | 2 | 3 |
|  | Robinets actionnés par le coude | 1 | 2 | 3 |
|  | Lavabo large et profond pour éviter les éclaboussures et la rétention d'eau | 1 | 2 | 3 |
|  | Savon antiseptique avec porte-savon/antiseptique liquide avec distributeur. | 1 |  | 3 |
|  | Produit de friction pour les mains à base d'alcool | 1 |  | 3 |
|  | Affichage des instructions relatives au lavage des mains au point d'utilisation | 1 |  | 3 |
|  | Équipement de protection individuelle (EPI) | 1 |  | 3 |
|  | Désinfectant | 1 |  | 3 |
|  | Produits de nettoyage | 1 |  | 3 |
|  | Poubelles à code couleur au point de production des déchets | 1 | 2 | 3 |
|  | Sacs en plastique au point de production des déchets | 1 |  | 3 |

**SECTION 4 : RESSOURCES HUMAINES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **401** | **Veuillez fournir des détails sur le personnel autorisé et disponible** | | | | | | | | | | | |
| Sl # | Désignation du personnel autorisé  **[UTILISER LES CODES]** | Ce poste est-il actuellement vacant ?  **(Oui -1, Non – 2)**    **[Si oui, passez au point 12]** | Sexe  (Homme-1, Femme -2, Autre -3) | Niveau d'études  [**UTILISER LES CODES**] | Formation complémentaire sur la PF  **[UTILISER LES CODES]** | Cette personne fournit-elle actuellement des services de PF ?  **(Oui -1, Non-2)**  **[Si Non, passez à 9]** | Quelles sont les méthodes qu'il/elle propose ?  **RÉPONSES MULTIPLES**  **[UTILISER LES CODES]** | Formation supplémentaire reçue sur les SMNI ?  **[UTILISER LES CODES]** | Cette personne fournit-elle actuellement un service de SMNI ?  (Oui -1, Non-2)  **[Si non, passez au membre du personnel suivant]** | Quels sont les services de SMNI qu'il/elle fournit ?  PLUSIEURS RÉPONSES  **[UTILISER LES CODES]** | Pourquoi le poste est-il actuellement vacant ?  **[UTILISER LES CODES]** | Depuis combien de temps ce poste est-il vacant  (en mois, 0 si moins d'un mois) |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) |
| 1 |  | Oui Non  1 2 | M F O  1 2 3 |  |  | Oui Non  1 2 |  |  | Oui Non  1 2 |  |  |  |
| 2 |  | 1 2 | 1 2 3 |  |  | 1 2 |  |  | 1 2 |  |  |  |
| 3 |  | 1 2 | 1 2 3 |  |  | 1 2 |  |  | 1 2 |  |  |  |
| 4 |  | 1 2 | 1 2 3 |  |  | 1 2 |  |  | 1 2 |  |  |  |
| 5 |  | 1 2 | 1 2 3 |  |  | 1 2 |  |  | 1 2 |  |  |  |
| **Codes pour la colonne (2) :** ASC =1, matrone =2, DSDOM =3, autres=96  **Codes pour la colonne (5) :** (Aucun niveau=0, primaire=1, secondaire=2, baccalauréat=3, licence=4, maîtrise=5, master=6, doctorat=7, autres=96)  **Codes pour la colonne (6) :** Aucun=0, DIU=1, Contraceptif injectable =2, Implants = 3, Stérilisation féminine =4, Stérilisation masculine = 5, Retrait du DIU = 6, Retrait des implants = 7  **Codes pour la colonne (8)** : Pilules=A, Injectables= B, Préservatif masculin=C, Préservatif féminin= D, Contraception d’urgence=E, Allaitement maternel exclusif (MAMA)= F, Méthode des jours fixes (MJF)= J  **Codes pour la colonne (9)** : Aucun=0, Soins obstétricaux d'urgence complets (SONUC))=1, Soins obstétricaux d'urgence de base (SONUB)=2, Accoucheur qualifié=3, Prévention des infections et gestion des déchets=4, Diagnostic et traitement des IST et du VIH/SIDA=5, Prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant (PTME)=6, Pratique de l'alimentation maternelle et infantile et soins aux nouveau-nés=7, Soins complets en cas d'avortement =8, Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME)=9, Questions relatives à la santé des adolescents=10, Services de vaccination=11, Services de transfusion sanguine=12, ECG=13, Échographie=14  **Codes pour la colonne (11) :** CPN=A, accouchement normal=B, césarienne=C, gestion des complications maternelles=D, gestion des complications néonatales=E, vaccination=F, traitement des maladies infantiles=G  **Codes pour la colonne (12) :** Non recruté/nommé=1, En détachement dans une autre structure de santé=2, En congé/poursuivant des études supérieures ou une formation pendant plus de 6 mois=3, Absent du travail=4, Autre=5 | | | | | | | | | | | | |

**SECTION 5 : DISPONIBILITÉ DES SERVICES**

| **NO. Q.** | **QUESTIONS ET FILTRES** | | **CODAGE** | | | **PASSEZ À** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **501** | **Est-ce que ce case de santé propose un service de SMNI?** | | Oui 1  Non 2 | | | 506 |
|  | Liste des services SMNI | **502. A quelle fréquence ce service est-il fourni dans la case de santé ?**  (Régulièrement=1, Occasionnellement=2,  Pas du tout=3)  *[Si la réponse est 3, passez à 505]* | **503. Ce service est-il fourni gratuitement ?**  (Oui=1, Non=2)  *[Si la réponse est 1, passez au service suivant.]* | **504. Combien cela coûte-t-il par unité ?**  (en monnaie locale) | **505. Quelles sont les raisons de la non-disponibilité du service ?**  (Aucun personnel qualifié disponible=1, Fournitures non disponibles=2, Infrastructures non disponibles=3, Le client ne veut pas=4, Pas dans le paquet de service=5, Autres(précisez)=6) |  |
| **A. Les services de CPN sont-ils disponibles ? Oui Non [Si « Non » Passez à l'option B (Services d'accouchement)]** | | | | | | |
|  | Enregistrement | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |  |
|  | Examen physique | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Prise de poids | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Mesure de la tension artérielle | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Examen de l'abdomen | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Traitement des signes de danger | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Supplémentation en fer acide folique | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Test de grossesse | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Vaccination contre le tétanos | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Déparasitage | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Conseils en nutrition | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Conseils de préparation à l’accouchement | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Conseils en PF | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Conseils sur l’accouchement en structure sanitaire | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
| **B. Les services d'accouchement sont-ils disponibles ? Oui Non [Si non Passez à l'option C (Services de postpartum)]** | | | | | | |
|  | Accouchement normal | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |  |
|  | Utilisation du partogramme | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
| **C. Les services de postpartum sont-ils disponibles ? Oui Non [Si non Passez à l'option D (Services essentiels aux nouveau-nés)].** | | | | | | |
|  | Utilisation systématique d'utérotoniques | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |  |
|  | Estimation de la perte de sang | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Massage utérin en cas d'hémorragie grave | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Mise en place immédiate de l'allaitement | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Prise en charge des complications du post-partum précoce | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
| **D. Les services essentiels aux nouveau-nés sont-ils disponibles ? Oui Non [Si non Passez à l'option E (services de santé infantile)].** | | | | | | |
|  | Réanimation néonatale | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |  |
|  | Pesée du nouveau-né | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Soins du cordon propre | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Vaccination au jour zéro (BCG et VPO) | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
| **E. Les services de santé infantile sont-ils disponibles ? Oui Non [Si non Passez à Q503]** | | | | | | |
|  | Utilisation de la fiche de croissance pour l'enregistrement du poids | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |  |
|  | Vaccination des enfants | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Prise en charge de la pneumonie | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Antibiotiques pour les infections respiratoires aiguës | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Prise en charge de la déshydratation/diarrhée | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Mesure du poids | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Mesure de la taille | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
| 506 | La structure sanitaire propose-t-il des services de planification familiale sur place ? | | Oui 1  Non 2 | | | 601 |
|  | Liste des services de PF | 507. A quelle fréquence ce service est-il fourni dans la structure sanitaire ?  (Quotidien=1,  Hebdomadaire=2,  Tous les quinze jours=3  Mensuel=4,  Pas du tout=5)  **[Si la réponse est 5, passez à 510]** | 508. Ce service est-il fourni gratuitement ?  (Oui=1, Non=2)  **[Si la réponse est 1, passez au service de PF suivant.]** | 509. Quel est le coût par unité ?  (En CFA) | 510. Raisons de la non-disponibilité du service  (Pas de prestataires formés=1, fournitures non disponibles=2, infrastructure non disponible=3,  Le client ne veut pas=4, Autres (précisez) =5) |  |
|  | Pilules | 1 2 3 4 5 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |  |
|  | Injectable | 1 2 3 4 5 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Préservatif masculin | 1 2 3 4 5 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Préservatif féminin | 1 2 3 4 5 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Contraception d’urgence | 1 2 3 4 5 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Allaitement maternel exclusif (MAMA) | 1 2 3 4 5 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Méthode des jours fixes (MJF) | 1 2 3 4 5 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |

**SECTION 6 : ÉQUIPEMENT, MÉDICAMENTS ET FOURNITURES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO. Q.** | **QUESTIONS ET FILTRES** | | **CODAGE** | | | **PASSEZ À** |
|  | **PRODUITS DE BASE DU PF DANS LA STRUCTURE SANITAIRE** | | | | |  |
|  | Intrants | 601. Disponibilité  En stock et observé-1,  En stock mais non observé-2, En rupture de stock-3  **[Si réponse= 3, passez à 609]** | 602. Ce produit a-t-il été en rupture de stock au cours des trois derniers mois ?  Oui-1  Non -2  **[Si réponse =2**  **Passez au produit suivant]** | 603. Depuis combien de temps (en mois) ce produit n'est pas disponible dans la structure sanitaire ?  **[ENREGISTRER « 0 » SI MOINS D'UN MOIS]** | 604. Raisons de la non-disponibilité  Pas d'approvisionnement reçu-1, contraintes budgétaires-2, options d'achat limitées-3  Problèmes d'assurance qualité-4  Autre (préciser)-5 |  |
|  | Préservatif Masculin | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |  |
|  | Préservatif féminin | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | PCU | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Injectable-Depo Provera | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Injectable - Sayana Press | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | PCO | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Kits de test de grossesse | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **605** | **Veuillez indiquer la disponibilité d'autres intrants dans la structure sanitaire. Enregistrez les réponses comme suit:** | **En stock et observé** | **En stock mais non observé** | **En rupture de stock** |  |
|  | TDR | 1 | 2 | 3 |  |
|  | ACT | 1 | 2 | 3 |
|  | SRO | 1 | 2 | 3 |
|  | Zinc | 1 | 2 | 3 |
|  | Kit SRO zinc | 1 | 2 | 3 |
|  | Amoxicilline (comprimés dispérsibles) | 1 | 2 | 3 |
|  | Mébendazole/Albéndazole | 1 | 2 | 3 |
|  | Fer/Acide folique | 1 | 2 | 3 |
|  | Vitamine A 100.000 UI | 1 | 2 | 3 |
|  | Vitamine A 200.000 UI | 1 | 2 | 3 |
|  | ASPE /Plumpy sup | 1 | 2 | 3 |
|  | Paracétamol | 1 | 2 | 3 |
|  | Préservatif féminin | 1 | 2 | 3 |
|  | Préservatif masculin | 1 | 2 | 3 |
|  | Collier | 1 | 2 | 3 |
|  | Injectable-Depo Provera | 1 | 2 | 3 |
|  | Injectable - Sayana Press | 1 | 2 | 3 |
|  | Cahier de maternité/ SPNN | 1 | 2 | 3 |

**SECTION 7 : FOURNITURE ET SUIVI DES SERVICES DU PF**

| **NO. Q.** | | **QUESTIONS ET FILTRES** | | | | **CODAGE** | | | | | | **PASSEZ À** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Services du PF** | | **701. Nombre total de visites de PF (nouvelles et continues) au cours du dernier mois achevé pour chaque méthode** | **702. Nombre de nouvelles clientes ayant reçu des services de PF au cours du dernier mois achevé pour chaque méthode** | **703. Nombre total de produits de PF fournis au cours du dernier mois achevé pour chaque méthode** | | | **704. Période de référence (date)** | | | **705. Nom du registre** |  |
|  | Pilules | |  |  |  | | | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Injectable | |  |  |  | | | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Préservatif masculin | |  |  |  | | | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Préservatif féminin | |  |  |  | | | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Contraception d’urgence | |  |  |  | | | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Allaitement maternel exclusif (MAMA) | |  |  |  | | | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_ |
| 706 | | Cette structure dispose-t-elle d'un mécanisme de suivi des utilisatrices de PF ? | | | | Oui 1  Non 2 | | | | | | **708** |
| 707 | | Quel mécanisme de suivi existe-t-il pour les utilisateurs de PF ? | | | | Visite personnelle 1  Par téléphone 2  Par message/ WhatsApp 3  Autre (préciser)) 4 | | | | | |  |
| 708 | | Dans quelle mesure les utilisatrices de PF de cette structure sont-elles perdues de vue ? | | | | **Aucun d'entre eux** | **Certains d'entre eux** | | **La plupart d'entre eux** | **La totalité d'entre eux** | |  |
|  | | Utilisatrices de contraceptifs oraux | | | | 1 | 2 | | 3 | 4 | |
|  | | Utilisatrices de produits injectables | | | | 1 | 2 | | 3 | 4 | |

**SECTION 9 : FOURNITURE DE SERVICES SMNI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO. Q.** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODAGE** | | | **PASSEZ À** |
|  | **Services SMNI** | **801. Combien de clients au total ont été servis au cours du dernier mois écoulé ?** | **802 Période de référence (date)** | **803. Nom du registre** |  |
|  | **Nombre de femmes enceintes enregistrées pour des soins prénatals** |  | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Nombre de femmes enceintes référées vers des structures de soins de niveau supérieur** |  | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Nombre d'accouchements normaux** |  | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Nombre de naissances vivantes** |  | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Observations générales/Remarques** |