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

**OUTIL D'ÉVALUATION DES CLINIQUES PRIVEES**

**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 ?

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

**NOM DU DIRECTEUR DE LA CLINIQUE OU SON REPRESENTANT**

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

DESIGNATION : 1. Directeur ; 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  TYPE DE LIEU (RURAL= 1 URBAIN = 2) |  |
| NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE |  |
| AUTORITÉ DE GESTION / PROPRIÉTÉ (PUBLIC-1, PRIVÉ-2) |  |
| COORDONNÉES GPS DE LA CLINIQUE | 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 COMPLETÉ | | | |

**SECTION 2: INFORMATIONS GÉNÉRALES**

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

| **Non. Q.** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODAGE** | **PASSEZ À** |
| --- | --- | --- | --- |
| 201 | Estimation de la population polarisée par la clinique | Population |  |
| 203 | La clinique propose-t-il des services ambulatoires, des services hospitaliers ou les deux ? | Soins ambulatoires uniquement 1  Hospitalisation et soins ambulatoires 2 |  |

**SECTION 3: INFRASTRUCTURE GÉNÉRALE**

*OBSERVATION GÉNÉRALE DE L'ÉTAT DE PRÉPARATION DES INSTALLATIONS : LES INFORMATIONS DE CETTE SECTION SERONT RECUEILLIES SOIT PAR DES OBSERVATIONS, SOIT EN INTERROGEANT LE MCD/CSR/LA PERSONNE DÉSIGNÉE PAR LE MCD/CSR***.**

| **Non. Q.** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODAGE** | | | **PASSEZ À** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **301** | **La clinique dispose-t-il des éléments suivants ?** | **Oui** | | **Non** |  |
|  | Une salle d'attente avec des sièges | 1 | | 2 |
|  | Toilettes pour hommes avec eau courante dans la salle d'attente | 1 | | 2 |
|  | Toilettes pour femmes 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 |
|  | Laboratoire | 1 | | 2 |
|  | Salle d'opération (salle opératoire) | 1 | | 2 |
|  | Pharmacie/Dépôt | 1 | | 2 |
|  | Panneaux de signalisation pour orientation | 1 | | 2 |
|  | Rampes pour personnes handicapées | 1 | | 2 |
|  | Salle de collecte des déchets biomédicaux | 1 | | 2 |
|  | Parking automobile | 1 | | 2 |
| **ESPACE DE TRAVAIL**  **VISITE DE LA SALLE D'ACCOUCHEMENT ET ENREGISTREMENT SUR LA BASE DE L'OBSERVATION** | | | | | |
| **302** | **La clinique dispose-t-il des éléments suivants dans la salle de travail ?** | **Oui** | | **Non** |  |
|  | Toilettes fonctionnelles avec eau courante et chasse d'eau | 1 | | 2 |
|  | Zone de triage et d'examen | 1 | | 2 |
|  | Salle de travail réservées aux infirmières | 1 | | 2 |
|  | Salle de garde pour les médecins | 1 | | 2 |
|  | Salle de garde pour les INF/SFE | 1 | | 2 |
|  | Zone de soins aux nouveaux-nés | 1 | | 2 |
|  | Zone de stockage médical | 1 | | 2 |
|  | Vestiaires | 1 | | 2 |
|  | Lavabo médical | 1 | | 2 |
|  | Zone de décontamination | 1 | | 2 |
| **303** | **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 manuel intra-utérin (AMIU) | 1 | 2 | 3 |
|  | Pingoin | 1 | 2 | 3 |
|  | Médicament d'urgence dans le plateau/chariot de l'équipement | 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 : 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 |  |
|  | Equipement adapté pour accouchement à style libre | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Pince à forceps | 1 | 2 | 3 |
|  | Ventouse |  |  |  |  |
|  | Pince à cœur | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Plateau réniforme (Haricots) | 1 |  | 3 |
|  | Seringue et canule AMIU (Aspiration manuelle intra-utérine) | 1 |  | 3 |
|  | Sthétoscope Pinard |  |  |  |  |
|  | Fœtoscope/Doppler | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Tambour | 1 | 2 | 3 |
|  | Ciseaux à cordon | 1 | 2 | 3 |
|  | Pinces à cordon | 1 | 2 | 3 |
|  | Clamp de Bar | 1 | 2 | 3 |
|  | Support à perfusion | 1 |  | 3 |
|  | Kits 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 |
| **SALLES D’HOSPITALISATION**  *Visite de la maternité et de la pédiatrie et enregistrement sur la base de ses observations* | | | | | |
| **304** | **Les installations suivantes sont-elles disponibles à la maternité et en pédiatrie ?** | **A. Maternité** | | **B. Pédiatrie** |  |
|  | Services d’hospitalisation | Oui 1  Non 2 | | Oui 1  Non 2 |
|  | Toilettes fonctionnelles avec eau courante et chasse d'eau dans le service | Oui 1  Non 2 | | Oui 1  Non 2 |
|  | Aire de lavage des mains et de bain séparée pour les patients et les visiteurs. | Oui 1  Non 2 | | Oui 1  Non 2 |
|  | Zone d'attente ombragée pour les accompagnateurs des patients | Espace suffisant  disponible 1  Espace disponible insuffisant 2  Indisponible 3 | | Espace suffisant  disponible 1  Espace disponible insuffisant 2  Indisponible 3 |
|  | Salle de travail réservées aux infirmières | Oui 1  Non 2 | | Oui 1  Non 2 |
|  | Salle de décontamination | Oui 1  Non 2 | | Oui 1  Non 2 |
| **305** | **Les instruments et équipements suivants sont-ils disponibles et fonctionnels à la maternité et en pédiatrie ?** | Espace suffisant  disponible 1  Espace disponible insuffisant 2  Indisponible 3 | | Espace suffisant  disponible 1  Espace disponible insuffisant 2  Indisponible 3 |  |
|  | Mobilier | 1 2 3 | | 1 2 3 |  |
|  | Tensiomètre | 1 2 3 | |  |
|  | Thermomètre | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Fœtoscope/Doppler | 1 2 3 | |  |
|  | Balance Nourrisson (pèse bébé) | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Balance adulte | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Stéthoscope adulte/enfant | 1 2 3 | |  |
|  | Spéculum | 1 2 3 | |  |
|  | Écarteur de paroi vaginale antérieure (speculum) | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Oxygène à canalisation centrale/concentrateur/cylindre | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Débitmètre pour la source d'oxygène, avec graduations en ml | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Humidificateur/Climatisation | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Appareil d'administration d'oxygène pour adultes/enfants (tubes de raccordement et masque) | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Appareil d'administration d'oxygène pour adultes/enfants (pinces nasales) | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Aspirateur | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Réfrigérateur | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Chariot de réanimation avec plateau d'urgence | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Équipement pour la prévention standard des infections courantes | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Support à perfusion (potence) | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Dispositif électrique pour les équipements comme l'aspirateur | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Salle de soins infirmiers | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Altimètre |  | | 1 2 3 |
|  | Toise |  | | 1 2 3 |
|  | Stéthoscope pédiatrique | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Oxymètre de pouls | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Tensiomètre avec brassard pédiatrique |  | | 1 2 3 |
|  | Torche | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Nébuliseur | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Masque avec chambre d’inhalation | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Masques de protection : Nouveau-né | 1 2 3 | | 1 2 3 |
|  | Masques de protection : Nourrisson |  | | 1 2 3 |
|  | Masques de protection : Pédiatrie |  | | 1 2 3 |
|  | Masques de protection : Adulte | 1 2 3 | |  |
| **LABORATOIRE**  *Visiter le laboratoire s'il est disponible et nonter les observations.* | | | | | |
| **306** | **La clinique dispose-t-il d'un laboratoire ?** | Oui 1  non 2 | | | **401** |
| **307** | **Les installations et équipements suivants sont-ils disponibles et fonctionnels dans le laboratoire ?** | **Disponible et fonctionnel** | **Disponible mais pas fonctionnel** | **Indisponible** |  |
|  | Eau courante avec robinet Normal | 1 | 2 | 3 |
|  | Eau courante avec robinet coudé | 1 | 2 | 3 |
|  | Stérilisateur d’instruments | 1 | 2 | 3 |
|  | Destructeur d'aiguilles/coupe-embouts | 1 | 2 | 3 |
|  | Réfrigérateur | 1 | 2 | 3 |
|  | Hémoglobinomètre | 1 | 2 | 3 |
|  | Microscope binoculaire/monoculaire | 1 | 2 | 3 |
|  | Test d'électrolytes | 1 | 2 | 3 |
|  | Glucomètre/ Dextrogyre | 1 | 2 | 3 |
|  | Bilirubinomètre | 1 | 2 | 3 |
| **308** | **La clinique dispose-t-il des fournitures/consommables suivants dans le laboratoire ?** | **Disponible** | | **Indisponible** |  |
|  | Savon | 1 | | 2 |
|  | Gants de ménage | 1 | | 2 |
|  | Gants de chirurgie/d'examen | 1 | | 2 |
|  | Bacs en plastique couverts pour la décontamination | 1 | | 2 |
|  | Poubelles à déchets biomédicaux jaunes | 1 | | 2 |
|  | Poubelles pour déchets biomédicaux-Rouge | 1 | | 2 |
|  | Poubelles pour déchets biomédicaux - Nonires | 1 | | 2 |
|  | Boîte en carton bleu pour les ampoules et les flacons en verre mis au rebut | 1 | | 2 |
| **309** | **Les tests suivants sont-ils disponibles au laboratoire ? DEMANDER ET ENREGISTRER** | **Disponible** | | **Indisponible** |  |
|  | **Pathologie Clinique** |  | |  |
|  | Hématologie | 1 | | 2 |
|  | Analyse d'urine | 1 | | 2 |
|  | Analyse des selles | 1 | | 2 |
|  | **Biochimie** |  | |  |
|  | Glycémie | 1 | | 2 |
|  | Urée sanguine | 1 | | 2 |
|  | Test de grossesse | 1 | | 2 |
|  | Créatinine sanguine | 1 | | 2 |
|  | **Sérologie** |  | |  |
|  | Test Widal | 1 | | 2 |
|  | Test ELISA pour le VIH | 1 | | 2 |
|  | Test VDRL | 1 | | 2 |
|  | **Investigation** |  | |  |
|  | Radiologie | 1 | | 2 |
|  | Echographie | 1 | | 2 |
|  | Scanner | 1 | | 2 |

**SECTION 4 : RESSOURCES HUMAINES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **401b** | **Veuillez fournir des détails sur le personnel sanctionné (autorisé) et disponible (~~Service de gynécologie~~)** | | | | | | | |
| Désignation | Nombre (Personnel) | Nombre de poste vacant ?  *[Si supérieur ou égal à 1, passez au point 11]* | Niveau d'études en majorité | Formations complémentaires reçues sur la SMNI (en majorité) | Nombre de personnes fournissant actuellement des services SMNI ?  *[Si=0, passez au niveau suivant]* | Quels sont les services de SMNI qu'ils/elles fournissent ?  PLUSIEURS RÉPONSES  **[UTILISER LES CODES]** | Pourquoi le(s) poste(s) est (sont)-il(s) actuellement vacant(s) ?  **[UTILISER LES CODES]** | Depuis combien de temps (en moyenne) ce(s) poste(s) est(sont)-il(s) vacant(s)  (en mois, 0 si moins d'un mois) |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) |
| 1 (H) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 (F) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 (H) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 (F) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 (H) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 (F) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …. | …… | …… | …… | …… | …… | …… | …… | …… |
| **Codes pour la colonne (1) :** Chirurgien (chirurgien général) =1, gynécologue =2, anesthésiste =3, médecin généraliste =4 , DES =5, pédiatre =6, pharmacien=7, infirmier/infirmière=8, Sage-femmes=9, ASC=10, autres=96  **Codes pour la colonne (4) :** (Aucun niveau=0, primaire=1, secondaire=2, baccaulauréat=3, licence=4, maîtrise=5, master=6, doctorat=7, doctorat avec spécialisation (DES)=8, autres=96)  **Codes pour la colonne (8)** : 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 (10) :** 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 (11) :** Non recruté/nommé=1, En détachement dans une autre sanitaire 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**

| **#** | | **QUESTIONS ET FILTRES** | | | **CODAGE** | | | **PASSEZ À** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **501** | | | **Est-ce que la clinique 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 clinique ?**  (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, Autres(précisez)=5 ) | |  | |
| **A. Services de CPN [Si « Oui » compléter la ligne ; 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** | |  | |
|  | | Réalisation d'un test d'hémoglobines | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Recherche d'albumine dans les urines | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Recherche de sucre dans les urines | **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** | |  | |
|  | | Groupage sanguin | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Détermination du facteur Rhésus | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Test de dépistage de la syphilis effectué | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Test de dépistage du VIH effectué | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Prélévement vaginal effectué | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Déparasitage | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Prise en charge des complications de la grossesse | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Prise en charge de l'anémie sévère | **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 sur l’avortement sécurisé | **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. Services d'accouchement [Si « Oui » compléter la ligne ; Si « Non » Passez à l'option C (Services postnatals)]** | | | | | | | | | |
|  | | Accouchement Normal | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
| b. | | Quel est le coût de l’accouchement voie basse ? |  |  |  |  | |  | | | |
|  | | Utilisation du partogramme | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Gestion active de la troisième phase du travail (GATPA) | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Prise en charge de l'éclampsie | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Prise en charge de la pré-éclampsie | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Prise en charge de l'HPP | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Accouchement assisté (ventouse/forceps) | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Épisiotomie et suture Déchirure cervicale | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Antibiotiques IM/IV | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Furosémide IV | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Sulfate de magnésium injectable | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Tocolytiques pour le travail prématuré | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Stéroïdes pour le travail prématuré | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Retrait manuel du placenta | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Quel est le coût de la césarienne ? | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | | | |
| **C. Services postnatals [Si « Oui » compléter la ligne ; 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. Services essentiels aux Nouveau-nés [Si « Oui » compléter la ligne ; Si « Non » Passez à l'option E (services d'avortement)].** | | | | | | | | | |
|  | | Réanimation néonatale | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Corticostéroïdes anténatals pour la mère  (maturation pulmonaire) | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Vitamine K pour les prématurés | **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** | |  | |
|  | | Dépistage des anomalies congénitales | **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** | |  | |
|  | | Émollients / collyres | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
| **E. Services d'avortement [Si « Oui » compléter la ligne ; Si « Non » Passez à l'option F (Santé de l'enfant)]** | | | | | | | | | |
|  | | MVA (aspiration manuelle sous vide) | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Prise en charge des complications de l'avortement | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
| **F. Services de santé infantile [Si « Oui » compléter la ligne ; 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** | |  | |
|  | | Dépistage des anomalies congénitales | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | | |  | |
| h. | Prise en charge des nouveau-nés malades | | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 | | |  | | |
|  | | Prise en charge des Nouveau-nés atteints d’un faible poids de naissance | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | | | |
|  | | Prise en charge des Nouveau-nés prématurés | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | | | |
|  | | Alimentation par voie nasogastrique | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | | | |
|  | | Stabilisation du Nourrisson malade | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | | |
|  | | Soins en cas d'hyperbilirubinémie | **1 2 3** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | | |
| **506** | | **La clinique propose-t-il des services de planification familiale sur place ?** | | | Oui 1  Non 2 | | | 511 | |
|  | | Liste des services de PF | **507. A quelle fréquence ce service est-il fourni dans l'établissement ?**  (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 monnaie locale) | **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** | |  | |
|  | | DIU | **1 2 3 4 5** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Implant | **1 2 3 4 5** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Stérilisation féminine (Ligature des trompes) | **1 2 3 4 5** | **1 2** |  | **1 2 3 4 5** | |  | |
|  | | Stérilisation masculine/ Vasectomie | **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** | |  | |
| **511** | | **Cette structure offre-t-elle des services de planification familiale de proximité ?** | | | Oui 1  Non 2 | | | 601 | |
| **512** | | **Quelle est la fréquence des services de PF de proximité organisés par cette structure ?** | | | Hebdomadaire 1  Tous les quinze jours 2  Mensuel 3  Trimestrielle 4  Non fixe/ Basé sur les besoins 4 | | |  | |
| **513** | | **Les méthodes/services de PF suivants sont-ils fournis lors des séances de sensibilisation ?** | | | **Oui** | | **Non** |  | |
|  | | Pilules | | | **1** | | **2** |  | |
|  | | Injectable | | | **1** | | **2** |  | |
|  | | Préservatif masculin | | | **1** | | **2** |  | |
|  | | Préservatif féminin | | | **1** | | **2** |  | |
|  | | Contraception d’urgence | | | **1** | | **2** |  | |
|  | | DIU | | | **1** | | **2** |  | |
|  | | Implant | | | **1** | | **2** |  | |
|  | | Stérilisation féminine (Ligature des trompes) | | | **1** | | **2** |  | |
|  | | Stérilisation masculine/ Vasectomie | | | **1** | | **2** |  | |
|  | | Allaitement maternel exclusif (MAMA) | | | **1** | | **2** |  | |
|  | | Méthode des Jours Fixes (MJF) | | | **1** | | **2** |  | |

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

| **#** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODAGE** | | | | **PASSEZ À** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **601** | **DIU**  **Vérifier : Si 507F ≠ 5** | | | | | **607** | |
| **602** | **Lieu d'insertion/de retrait des DIU dans la structure sanitaire ?** | Salle de travail 1  Coin DIU 2  Bloc opératoire 3  Autre (préciser) 4 | | | |  | |
| **603** | **Les équipements suivants pour DIU sont-ils disponibles et fonctionnels dans la structure sanitaire ?**  **ENREGISTREMENT BASÉ SUR L'OBSERVATION** | Salle de travail | | | Coin FP/ DIU |  | |
| Disponible et fonctionnel 1  Disponible mais Non fonctionnel 2  Indisponible 3 | | | Disponible et fonctionnel 1  Disponible mais Non fonctionnel 2  Indisponible 3 |  | |
|  | Plateau en acier inoxydable avec couvercle | 1 2 3 | | | 1 2 3 |  | |
|  | Petit bol pour la solution antiseptique | 1 2 3 | | | 1 2 3 |
|  | Plateau réniforme (Haricots) | 1 2 3 | | | 1 2 3 |
|  | Spéculum vaginal de Sim ou de Cusco - grand, moyen, petit | 1 2 3 | | | 1 2 3 |
|  | Écarteur de paroi vaginale antérieure (si le spéculum de Sim est utilisé) | 1 2 3 | | | 1 2 3 |
|  | Pince à compresse | 1 2 3 | | | 1 2 3 |
|  | Pince à vulsellum courbée/tenaculum | 1 2 3 | | | 1 2 3 |
|  | Sonde utérine | 1 2 3 | | | 1 2 3 |
|  | Ciseaux de Mayo | 1 2 3 | | | 1 2 3 |
|  | Pince droite pour artère longue (pour le retrait du DIU) | 1 2 3 | | | 1 2 3 |
|  | Pince à artère moyenne | 1 2 3 | | | 1 2 3 |
|  | Cotons-tiges | 1 2 3 | | | 1 2 3 |
|  | Porte-compresse | 1 2 3 | | | 1 2 3 |
|  | Spéculum de Sim | 1 2 3 | | | 1 2 3 |
|  | Plateau en acier inoxydable avec couvercle | 1 2 3 | | | 1 2 3 |
| **604** | **Les fournitures/consommables suivants pour le DIU sont-ils disponibles et fonctionnels dans la salle de travail et dans le coin DIU ?** | Salle de travail | | | Coin FP/ DIU |  | |
| Disponible 1  Indisponible 2 | | | Disponible 1  Indisponible 2 |  | |
|  | Coton-tige stérile sec | | 1 2 | 1 2 | | |  |
|  | Gants (gants chirurgicaux stériles/désinfectés à haut niveau ou gants d'examen) | | 1 2 | 1 2 | | |
| **605** | **Combien de kits complets de DIU sont disponibles dans la structure sanitaire ?**  **ENREGISTRER « 000 » S'IL N'Y EN A PAS** | | Nombre de kits de DIU | | | |  |
| **606** | **Combien de kits complets de DIU PP sont disponibles dans la structure sanitaire ?**  **ENREGISTRER « 000 » S'IL N'Y EN A PAS** | | Nombre de kits DIU PP | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **QUESTIONS ET FILTRES** | | **CODAGE** | | | **PASSEZ À** |
|  | **PRODUITS DE BASE DU PF DANS LA STRUCTURE SANITAIRE** | | | | |  |
|  | Intrants | **607. Disponibilité**  En stock et observé-1,  En stock mais Non observé-2, En rupture de stock-3  **[Si réponse= 3, passez à 609]** | **608. 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]** | **609. Depuis combien de temps (en mois) ce produit n'est pas disponible dans la structure sanitaire ?**  **[ENREGISTRER « 0 » SI MOINS D'UN MOIS]** | **610. 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 |
|  | Pilule contraceptive d'urgence (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 |
|  | Implants | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Pilule contraceptive orale (PCO) | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Pilules à base de progestérone uniquement | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | DIU | 1 2 3 | 1 2 |  | 1 2 3 4 5 |
|  | Anneaux tubaires | 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 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **611** | **Veuillez indiquer la disponibilité d'autres fournitures dans la structure. Enregistrez les réponses comme suit :** | **En stock et observé** | **En stock mais Non observé** | **En rupture de stock** |  |
|  | Fer et acide folique comprimé | 1 | 2 | 3 |  |
|  | Fer et acide folique injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Sulfate de zinc | 1 | 2 | 3 |
|  | Fer et acide folique sirop | 1 | 2 | 3 |
|  | Vitamine A sirop | 1 | 2 | 3 |
|  | Fer Saccharose Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Oxytocine injectables (Syntocinon / Pitocin) | 1 | 2 | 3 |
|  | Hyoscine Butyl Bromide Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Methergine/ Methylergometrine Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Méthylergométrine Comprimés | 1 | 2 | 3 |
|  | Misoprostol comprimé/ Prostodine Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Sulfate de magnésium Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Bétaméthasone / Dexaméthasone Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Nifédipine / comprimés | 1 | 2 | 3 |
|  | Hydralazine Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Diazepam Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Amoxycilline Comprimés | 1 | 2 | 3 |
|  | Amoxycilline Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Ampicilline Comprimés | 1 | 2 | 3 |
|  | Ampicilline Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Tinidazole Comprimés | 1 | 2 | 3 |
|  | Cloxacilline Comprimés | 1 | 2 | 3 |
|  | Erythromycine Comprimés | 1 | 2 | 3 |
|  | Gentamycine Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Métronidazole Comprimés | 1 | 2 | 3 |
|  | Métronidazole Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Albendazole /Mebendazole Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Albendazole Sirop | 1 | 2 | 3 |
|  | Dicyclomine Comprimés | 1 | 2 | 3 |
|  | Paracétamol / Diclofénac (Voveran) Comprimés | 1 | 2 | 3 |
|  | Ibuprofène Comprimés | 1 | 2 | 3 |
|  | Paracetamol / Diclofenac Sodium (Voveran) Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Pommade ophtalmique au chloramphénicol | 1 | 2 | 3 |
|  | Adrénaline Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Amikacine Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Xylocaïne / Lidocaïne / Linocaïne Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Sensorcaine Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Phénobarbital Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Phénytoïne Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Ceftriaxone sodique Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Cefotoxamine Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Promethazine HCL Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Chlorure de sodium Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Gluconate de calcium Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Drotaverine Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Atropine Sulphate Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Ethamsylate Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Fortwin Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Furosemide Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Bromure de Vecoronium Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Pentanolol de sodium Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Inj Etophylline+Théophylline | 1 | 2 | 3 |
|  | Demperidon goutte | 1 | 2 | 3 |
|  | Bicarbonate de sodium Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Pommade à l'iode de povidone | 1 | 2 | 3 |
|  | SRO en sachets | 1 | 2 | 3 |
|  | Ringer Lactate / NS / DNS (500 ml) | 1 | 2 | 3 |
|  | Ampoules de Glucose 10 % ou 30% | 1 | 2 | 3 |
|  | Névirapine Comprimés | 1 | 2 | 3 |
|  | Névirapine Sirop | 1 | 2 | 3 |
|  | Bupivacaine Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Thiopentone (Pentothal) / Kétamine / Propofol Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Isoflurane / Enflurane / Halothane | 1 | 2 | 3 |
|  | Colloïdes (Haemacel /Venofundin) | 1 | 2 | 3 |
|  | Isolyte P (fluides IV pédiatriques) | 1 | 2 | 3 |
|  | Vaccin antitétanique injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Vaccin BCG injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Vaccin oral contre la polio (VPO) | 1 | 2 | 3 |
|  | Vaccin Penta | 1 | 2 | 3 |
|  | Vaccin contre la rougeole Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Vit A Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Vit K Injectable | 1 | 2 | 3 |
|  | Préservatifs | 1 | 2 | 3 |
|  | Pilules contraceptives orales (OCP, Mala D.) | 1 | 2 | 3 |
|  | Contraceptifs injectables | 1 | 2 | 3 |
|  | DIU (cuivre T) | 1 | 2 | 3 |
|  | Sondes urinaires | 1 | 2 | 3 |
|  | Canules IV | 1 | 2 | 3 |
|  | Seringues jetables | 1 | 2 | 3 |
|  | Gants jetables | 1 | 2 | 3 |
|  | Bandelettes d'albumine/sucre urinaire | 1 | 2 | 3 |
|  | Kits de test de grossesse urinaire | 1 | 2 | 3 |
|  | Coton absorbant | 1 | 2 | 3 |
|  | Compresse absorbante | 1 | 2 | 3 |
|  | Serviettes hygiéniques | 1 | 2 | 3 |
|  | Gants chirurgicaux | 1 | 2 | 3 |
|  | Alcool | 1 | 2 | 3 |
|  | Ruban chirurgical | 1 | 2 | 3 |
|  | Solution d'iode povidone | 1 | 2 | 3 |
|  | Réactifs pour les anticorps ABO et Rh | 1 | 2 | 3 |
|  | Kits de test VIH | 1 | 2 | 3 |
|  | Carnet de santé de la mère et du nouveau-né | 1 | 2 | 3 |
|  | Cartes de vaccination pour les moins de 5 ans | 1 | 2 | 3 |
|  | Graphiques Partogramme/guide de soins pour l'accouchement | 1 | 2 | 3 |

**SECTION 7: SERVICES DE COUNSELLING**

| **#** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODAGE** | | **PASSEZ À** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **701** | **Cette structure dispose-t-elle d'un espace privé pour les conseils en matière de PF ?** | Oui 1  Non 2 | |  |
| **702** | **Un conseiller en PF est-il disponible dans cet espace ?** | Oui 1  Non 2 | |  |
| **703** | **Le conseil en PF est-il dispensé par une autre personne que le conseiller ?** | Oui 1  Non 2 | |  |
| **704** | **Les femmes atteintes du VIH/SIDA bénéficient-elles de conseils en matière de PF dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) ?** | Oui 1  Non 2 | |  |
| **704** | **Cette structure offre-t-elle des conseils en matière de PF aux adolescents ?** | Oui 1  Non 2 | |  |
| **705** | **Disponibilité d'éléments généraux pour le conseil en matière de planning familial** | **Disponible** | **Indisponible** |  |
|  | Panneaux d’orientation | 1 | 2 |
|  | Paravent médical | 1 | 2 |
|  | Armoire d’arrangement | 1 | 2 |
|  | Table | 1 | 2 |
|  | Chaise | 1 | 2 |
|  | Registre des dossiers des clients | 1 | 2 |
|  | Stock de pilules contraceptives oraux | 1 | 2 |
|  | Stock de pilules contraceptives d’urgence | 1 | 2 |
|  | Stock de préservatifs (masculins) | 1 | 2 |
|  | Stock de préservatifs (féminins) | 1 | 2 |
| **706** | **Disponibilité d'outils de travail pour le counselling** | **Disponible** | **Indisponible** |  |
|  | Échantillons de pilules PCO pour démonstration | 1 | 2 |
|  | Échantillons de DIU pour démonstration | 1 | 2 |
|  | Échantillons de préservatifs pour démonstration | 1 | 2 |
|  | Modèle de pénis pour démonstration | 1 | 2 |
|  | Boîte à images pour le conseil | 1 | 2 |
| **707** | **Disponibilité des matériaux d'IEC (Information, Education, et Communication) pour le counselling** | **Disponible** | **Indisponible** |  |
|  | DIU | 1 | 2 |
|  | Préservatif | 1 | 2 |
|  | Contraceptifs injectables | 1 | 2 |
|  | Implants | 1 | 2 |
|  | Contraceptifs oraux | 1 | 2 |

**SECTION 8 : FOURNITURE ET SUIVI DES SERVICES DU PF**

| **#** | **QUESTIONS ET FILTRES** | | | | **CODAGE** | | | | | | | **PASSEZ À** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Services de PF** | **801. Nombre total de visites de PF (Nouvelles et continues) au cours du dernier mois achevé pour chaque méthode** | **802. Nombre de nouvelles clientes ayant reçu des services de PF au cours du dernier mois achevé pour chaque méthode** | **803. Nombre total de produits de PF fournis au cours du dernier mois achevé pour chaque méthode** | | | **804. Période de référence (date)** | | | **805. Nom du registre** | |  |
|  | Pilules |  |  |  | | | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | Injectable |  |  |  | | | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | Préservatif masculin |  |  |  | | | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | Préservatif féminin |  |  |  | | | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | Contraception d’urgence |  |  |  | | | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | DIU |  |  |  | | | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | Implant |  |  |  | | | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | Stérilisation féminine (Ligature des trompes) |  |  |  | | | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | Stérilisation masculine/ Vasectomie |  |  |  | | | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | Allaitement maternel exclusif (MAMA) |  |  |  | | | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | Méthode des jours fixes (MJF) |  |  |  | | | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_ | |
| **806** | **Cette structure dispose-t-elle d'un mécanisme de suivi des utilisatrices de PF ?** | | | | Oui 1  Non 2 | | | | | | **808** | |
| **807** | **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 | | | | | |  | |
| **808** | **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 DIU | | | | 1 | 2 | | 3 | 4 | |
|  | Utilisatrices de contraceptifs oraux | | | | 1 | 2 | | 3 | 4 | |
|  | Utilisatrices de produits injectables | | | | 1 | 2 | | 3 | 4 | |
|  | Utilisatrices d'implants | | | | 1 | 2 | | 3 | 4 | |

**SECTION 9 : FOURNITURE DE SERVICES SMNI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Non. Q.** | **QUESTIONS ET FILTRES** | **CODAGE** | | | **PASSEZ À** |
|  | Services SMNI | **901. Combien de clients au total ont été servis au cours du dernier mois achevé ?** | **902. Période de référence (date)** | **903. NOM du registre** |  |
|  | **Nombre de femmes enceintes enregistrées pour des soins prénatals** |  | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Nombre de femmes enceintes orientées vers des centres de soins supérieurs** |  | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Nombre d'accouchements normaux réalisés** |  | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Nombre de césariennes pratiquées** |  | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Nombre de naissances vivantes** |  | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Nombre de nourrissons ayant reçu le vaccin contre la rougeole** |  | De \_\_/\_\_/\_\_\_\_  à \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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