

Nom de la formation sanitaire: _____

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT			
1.1.	Quel type d'établissement est-ce ? (Entourer une seule réponse)	1. Hôpital national 2. Hôpital départemental (CHD) 3. Hôpital de Zone (HZ) 4. Ex Centre de Santé Commune 5. Ex Centre de Santé Arrondissement 6. Maternité isolée 7. Dispensaire isolé 8. Clinique/Polyclinique 9. Cabinet médical 10. Cabinet d'accouchement 11. Privé confessionnel 96. Autre (à préciser) : _____	
1.2.	Quel est le statut juridique de la formation sanitaire ? (Entourer une seule réponse)	1. Public 2. Semi-public 3. Privé (à but lucratif) 4. ONG 5. Confession religieuse 96. Autre (à préciser) _____	
1.3.	Quand est-ce que le centre de santé a été ouvert ?	/_/_/_/_/_/_/_/ MM AA <i>Inscrire 8888 si ne sait pas</i>	
1.4.	Quand est ce que le centre a été rénové pour la dernière fois ? (rénovation majeure)	/_/_/_/_/_/_/_/ MM AA <i>Inscrire 8888 si ne sait pas</i> <i>Inscrire 9999 si Non applicable</i>	
1.5.	Quels sont les services de consultation offerts ? (Entourer toutes les modalités correspondantes)	A. Accouchements assistés eutociques B. Accouchements assistés distosiques C. Accouchements assistés par ventouse/forceps D. Cardiologie E. Consultations générales F. Consultations pédiatriques G. Consultations prénatales recentrées H. Consultations chirurgicales I. Consultations néonatalogiques	

Nom de la formation sanitaire: _____

		<p>J. Consultations obstétricales</p> <p>K. Consultations postnatales</p> <p>L. Consultation VIH</p> <p>M. Consultations MST/ IST</p> <p>N. Dépistage VIH</p> <p>O. Gynécologie</p> <p>P. Kinésithérapie</p> <p>Q. Laboratoire</p> <p>R. Pharmacie</p> <p>S. Ophtalmologie</p> <p>T. ORL</p> <p>U. Planning familial</p> <p>V. Services sociaux</p> <p>W. Stomatologie</p> <p>X. Tuberculose</p> <p>Y. Urologie</p> <p>Z. Urgences</p> <p>AA. Urgences chirurgicales</p> <p>BB. Urgences obstétricales</p> <p>CC. Urgences pédiatriques</p> <p>DD. Urgences néonatales</p> <p>XX. Autres consultations (préciser)</p> <p>_____</p>	
--	--	--	--

Nom de la formation sanitaire: _____

1.6.	<p>Quels jours est-ce que ces services de consultation sont disponibles ? <i>(Cocher les jours pensant lesquels chacun des mentionnés ci-dessus sont disponibles)</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Lun di</th> <th>Mar di</th> <th>Mercr edi</th> <th>Jeudi</th> <th>Vend redi</th> <th>Same di</th> <th>Diman che</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>F</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>G</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>H</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>I</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>J</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>K</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>L</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>M</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>N</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>O</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Q</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>S</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>U</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>V</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>W</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Y</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Z</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BB</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CC</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DD</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>XX</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Lun di	Mar di	Mercr edi	Jeudi	Vend redi	Same di	Diman che	A								B								C								D								E								F								G								H								I								J								K								L								M								N								O								P								Q								R								S								T								U								V								W								X								Y								Z								AA								BB								CC								DD								XX								
	Lun di	Mar di	Mercr edi	Jeudi	Vend redi	Same di	Diman che																																																																																																																																																																																																																																																												
A																																																																																																																																																																																																																																																																			
B																																																																																																																																																																																																																																																																			
C																																																																																																																																																																																																																																																																			
D																																																																																																																																																																																																																																																																			
E																																																																																																																																																																																																																																																																			
F																																																																																																																																																																																																																																																																			
G																																																																																																																																																																																																																																																																			
H																																																																																																																																																																																																																																																																			
I																																																																																																																																																																																																																																																																			
J																																																																																																																																																																																																																																																																			
K																																																																																																																																																																																																																																																																			
L																																																																																																																																																																																																																																																																			
M																																																																																																																																																																																																																																																																			
N																																																																																																																																																																																																																																																																			
O																																																																																																																																																																																																																																																																			
P																																																																																																																																																																																																																																																																			
Q																																																																																																																																																																																																																																																																			
R																																																																																																																																																																																																																																																																			
S																																																																																																																																																																																																																																																																			
T																																																																																																																																																																																																																																																																			
U																																																																																																																																																																																																																																																																			
V																																																																																																																																																																																																																																																																			
W																																																																																																																																																																																																																																																																			
X																																																																																																																																																																																																																																																																			
Y																																																																																																																																																																																																																																																																			
Z																																																																																																																																																																																																																																																																			
AA																																																																																																																																																																																																																																																																			
BB																																																																																																																																																																																																																																																																			
CC																																																																																																																																																																																																																																																																			
DD																																																																																																																																																																																																																																																																			
XX																																																																																																																																																																																																																																																																			
1.7.	<p>Quelles sont les cinq villages ou villes principales d'où viennent la plupart de vos patients en consultation ?</p>	<p>1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____</p>																																																																																																																																																																																																																																																																	
1.8.	<p>A quelle heure les services de consultation commencent-ils ? <i>(Par exemple, si c'est 7h, coder 0700, si c'est 24h, coder 2400)</i></p>	<p>A. Lundi __ __ __ __ B. Mardi __ __ __ __ C. Mercredi __ __ __ __ D. Jeudi __ __ __ __ E. Vendredi __ __ __ __ F. Samedi __ __ __ __ G. Dimanche __ __ __ __ H. 24h/24, 7jrs/7</p>																																																																																																																																																																																																																																																																	

Nom de la formation sanitaire: _____

1.9.	A quelle heure les services de consultation sont-ils terminés ? (Si c'est 24h, coder 2400)	A. Lundi __ __ __ __ B. Mardi __ __ __ __ C. Mercredi __ __ __ __ D. Jeudi __ __ __ __ E. Vendredi __ __ __ __ F. Samedi __ __ __ __ G. Dimanche __ __ __ __ H. 24h/24, 7jrs/7																																																																																																																	
1.10.	Quels services <u>d'hospitalisation</u> sont disponibles ? (Entourer toutes les modalités correspondantes)	A. Hospitalisation médicale pour adultes B. Hospitalisation médicale pour enfants C. Hospitalisation chirurgicale pour adultes D. Hospitalisation chirurgicale pour enfants E. Hospitalisation médico-chirurgicale pour adultes F. Hospitalisation médico-chirurgicale pour enfants G. Hospitalisation néonatalogique H. Hospitalisation en pédiatrie I. Hospitalisation gynéco-obstétrique J. Hospitalisation des gestantes K. Hospitalisation de femmes accouchées L. Hospitalisation de femmes césariées X. Autres (préciser) _____ Non applicable	Si Non applicable, aller à 1.12.																																																																																																																
1.11.	Quels jours est ce que les services d'hospitalisation sont disponibles ? (Cocher les jours pendant lesquels chacun des services mentionnés ci-dessus sont disponibles ?)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Lun di</th> <th>Mar di</th> <th>Mercr edi</th> <th>Jeudi</th> <th>Vend redi</th> <th>Same di</th> <th>Diman che</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>F</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>G</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>H</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>I</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>J</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>K</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>L</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Lun di	Mar di	Mercr edi	Jeudi	Vend redi	Same di	Diman che	A								B								C								D								E								F								G								H								I								J								K								L								X								
	Lun di	Mar di	Mercr edi	Jeudi	Vend redi	Same di	Diman che																																																																																																												
A																																																																																																																			
B																																																																																																																			
C																																																																																																																			
D																																																																																																																			
E																																																																																																																			
F																																																																																																																			
G																																																																																																																			
H																																																																																																																			
I																																																																																																																			
J																																																																																																																			
K																																																																																																																			
L																																																																																																																			
X																																																																																																																			
1.12.	Quelles sont les cinq villages ou villes principales d'où viennent la plupart de vos patients hospitalisés ?	1. _____ 2. _____ 3. _____																																																																																																																	

Nom de la formation sanitaire: _____

		4. _____ 5. _____	
1.13.	Les couches défavorisées des populations bénéficient-elles facilement de ces services ?	1. Oui 2. Non	Si oui, aller à la Section 2
1.14.	Si non, pourquoi ne bénéficient-elles pas facilement de services médicaux ?	1. Raisons socioculturelles (préciser) _____ 2. Raisons financières 3. Raisons géographiques (vivant isolées dans des villages lointains) 4. Ignorance 96. Autre (préciser) _____	

SECTION 2 : DONNEES GENERALES

2.1.	L'établissement dispose-t-il des services/unités suivants ?		Oui	Non
		A. Salle de consultation prénatale	1	2
		B. Salle de dilatation	1	2
		C. Salle d'accouchement	1	2
		D. Salle d'accouchement servant en même temps de salle de dilatation	1	2
		E. Bloc opératoire	1	2
		F. Salle de soins intensifs	1	2
		G. Salle des accouchées	1	2
		H. Salle des accouchées servant en même temps de salle de gestantes malades	1	2
		I. Salle de chaîne de froid	1	2
		J. Salle de pansement	1	2
		K. Salle d'injection	1	2
		L. Poste de vaccination	1	2
		M. Poste de pesée de l'enfant	1	2

Nom de la formation sanitaire: _____

		<table border="1"> <tr> <td>N. Unité de soins du nouveau né</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>O. Laboratoire</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>P. Banque de sang</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Q. Poste de transfusion sanguine</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>R. Salle d'attente</td><td>1</td><td>2</td></tr> </table>	N. Unité de soins du nouveau né	1	2	O. Laboratoire	1	2	P. Banque de sang	1	2	Q. Poste de transfusion sanguine	1	2	R. Salle d'attente	1	2	
N. Unité de soins du nouveau né	1	2																
O. Laboratoire	1	2																
P. Banque de sang	1	2																
Q. Poste de transfusion sanguine	1	2																
R. Salle d'attente	1	2																
2.2.	Cet établissement a-t-il pratiqué des accouchements au cours des 12 derniers mois ?	1. Oui 2. Non																
2.3.	Combien de lits compte cet établissement (tous services confondus)?	_ _ _ _																
2.4.	Sur ce nombre de lits, combien sont réservés exclusivement aux patientes du service d'obstétrique ?	_ _ _ _																
2.5.	Combien de tables d'accouchement y a-t-il dans cet établissement ?	_ _ _ _																
2.6.	Cet établissement est-il alimenté en électricité ? <i>(Même si l'alimentation est irrégulière, entourer 1 si la réponse est « oui »)</i>	1. Oui 2. Non	Si non, aller à 2.12.															
2.7.	Quelle est la source d'alimentation électrique <u>principale</u> ? <i>(Entourer une seule réponse)</i>	1. Lignes électriques (SBEE) 2. Groupe électrogène 3. Energie solaire 96. Autre (préciser) _____																
2.8.	L'établissement était-il alimenté en électricité au moment de votre visite dans la formation sanitaire? <i>(Entourer le constat fait par Observation)</i>	1. Oui 2. Non																

Nom de la formation sanitaire: _____

2.9.	Existe-t-il un groupe électrogène de secours ?	1. Oui 2. Non	Si non, aller à 2.12.																																
2.10.	Le groupe électrogène est-il fonctionnel ?	1. Oui 2. Non																																	
2.11.	Au cours du mois écoulé, combien de jours avez-vous eu des coupures d'électricité? <i>(* Inscrire le nombre de jours.</i> <i>* Si les pannes sont sporadiques, mais ne durent pas des jours entiers, inscrire le code 88)</i>	__ __																																	
2.12.	Cet établissement a-t-il de l'eau ? (pour la prévention des infections, les besoins des patients et du personnel, etc.)	1. Oui 2. Non	Si non, aller à 2.16.																																
2.13.	Quelle est la <u>principale</u> source d'alimentation en eau ? <i>(Entourer une seule réponse)</i>	1. Eau courante (eau de robinet) 2. Pompe à main/ à pédale 3. Puits 4. Citerne 96. Autre (préciser) : _____																																	
2.14.	Les salles suivantes étaient-elles alimentées en eau au moment de votre visite dans la formation sanitaire ? <i>(Lire chaque rubrique et entourer la réponse faite par observation)</i>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Salle n'existe pas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Salle de CPN</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>B. Bloc opératoire</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>C. Salle de soins intensifs</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>D. Salle d'accouchement</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>E. Salle des accouchées</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>F. Salle de pansement</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>G. Salle d'injection</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>99</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Salle n'existe pas	A. Salle de CPN	1	2	99	B. Bloc opératoire	1	2	99	C. Salle de soins intensifs	1	2	99	D. Salle d'accouchement	1	2	99	E. Salle des accouchées	1	2	99	F. Salle de pansement	1	2	99	G. Salle d'injection	1	2	99	
	Oui	Non	Salle n'existe pas																																
A. Salle de CPN	1	2	99																																
B. Bloc opératoire	1	2	99																																
C. Salle de soins intensifs	1	2	99																																
D. Salle d'accouchement	1	2	99																																
E. Salle des accouchées	1	2	99																																
F. Salle de pansement	1	2	99																																
G. Salle d'injection	1	2	99																																
2.15.	Au cours du mois écoulé, combien de jours avez-vous été privé d'eau ?	__ __ <i>Si privation d'eau sporadique, et non pas permanente, inscrire le code 88</i>																																	

Nom de la formation sanitaire: _____

2.16.	Existe-t-il un incinérateur fonctionnel pour les déchets médicaux ?	1. Oui 2. Non			
2.17.	Existe-t-il, pour la collecte des déchets médicaux, les items suivants ?		Oui	Non	Non applicable
		Seaux jaunes	1	2	99
		Seaux rouges	1	2	99
		Seaux noirs	1	2	99
		Boîtes de sécurité	1	2	99
2.18.	Y a-t-il des latrines dans l'établissement ? (Entourer la réponse après l'observation)	1. Oui 2. Non			
2.19.	Existe-t-il un dispositif de lavage de mains ? (Entourer la réponse après observation)	1. Oui 2. Non			

Nom de la formation sanitaire: _____

2.20.	Cet établissement pratique-t-il des...		Oui	Non
		A. CPN recentrées	1	2
		B. Soins post-nataux	1	2
		C. Accouchements instrumentalisés (ventouse, forceps)	1	2
		D. Chirurgies obstétricales (ex. césarienne)	1	2
		E. Anesthésies générales	1	2
		F. Soins usuels au nouveau né	1	2
		G Réanimation des nouveaux nés	1	2
		H. Consultations post-natales	1	2
		I. Anesthésies locorégionales	1	2
		J. Traitements ou répartitions des fistules obstétricales	1	2
		K . Dépistage du cancer du col (frottis)	1	2
		L. Dépistages et traitements des infections sexuellement transmissibles (IST)	1	2
		M. Planning familial	1	2
		N. Séances de prévention du paludisme	1	2
		O. Séances de counseling pour le dépistage VIH/PTME	1	2
		P. Distributions d'ARV : Monothérapie (Nevirapine)	1	2
		Q. distributions d'ARV : Trithérapie	1	2
		R. Surveillances en post-partum	1	2
		S. GATPA	1	2

Nom de la formation sanitaire: _____

2.21.	L'établissement effectue-t-il <u>régulièrement</u> des audits ou des études de cas sur les décès maternels ?	1. Oui 2. Non 99. Non applicable (aucun décès)	
2.22.	L'établissement est-il un site PTME ?	1. Oui 2. Non	
2.23.	L'établissement est-il un site ARV ?	1. Oui 2. Non	
SECTION 3 : MOYENS DE COMMUNICATION ET DE TRANSPORT			

Moyens de communication pour faciliter les références

N°	Rubrique	Au moins 1 disponible et fonctionnel ?		Disponible mais en panne/ non fonctionnel	Si « oui », le personnel de service s'en sert-il aux fins d'orientation 24 h sur 24, 7 jours sur 7 ?	
		Oui	Non		Oui	Non
3.1.	Existe-t-il de : Téléphone fixe à la maternité	1	2	99	1	2
3.2.	Téléphone fixe ailleurs dans l'établissement	1	2	99	1	2
3.3.	Téléphone portable appartenant à l'établissement	1	2	99	1	2
3.4.	Téléphone portable appartenant à un employé	1	2	99	1	2
3.5.	Téléphone public dans les environs	1	2	99	1	2
3.6.	Réseau Aérien de Communication (RAC) <i>(*Si la réponse est Oui=1: répondre à la question sur la disponibilité 24h/24, continuer à 3.6a, *Si la réponse est 99 : aller à 3.6b *Si la réponse est Non=2: passer à 3.7)</i>	1	2	99	1	2

Nom de la formation sanitaire: _____

3.6a	Si RAC :		Oui	Non	
		A batterie sèche (batterie sans acide)	1	2	
		A batterie humide (batterie à acide)	1	2	

3.6b	Depuis quand dure la panne du RAC ? (* Inscrire le nombre de semaines. * Si moins d'une semaine, inscrire le code 8888)	_ _ _ _ _	
3.7.	Le réseau téléphonique mobile est-il de bonne qualité (disponible en permanence) dans cet établissement ?	1. Oui 2. Non	Si non, aller à 3.9.
3.8.	Si des employés utilisent leur portable pour des appels en rapport avec leur travail, sont-ils remboursés pour le temps de communication?	1. Oui 2. Non 99. Non applicable	
3.9.	Est-ce que le centre de santé a accès à un ordinateur qui fonctionne ?	1. Oui, dans le centre de santé 2. Non 3. Oui, à l'extérieur du centre de santé	Si 1, aller à 3.12 Si 2, aller à 3.13 Si 3, aller à 3.10
3.10.	A quelle distance se trouve l'ordinateur du centre de santé ?	_ _ _ _ . _ _ _ km	
3.11.	Combien de temps est-ce que cela prend pour se rendre du centre de santé à cet ordinateur ? (avec le moyen de transport le plus utilisé)	_ _ _ _ _ Inscrire 0200 si 2h ; Inscrire 0030 si 30 min	

Nom de la formation sanitaire: _____

3.12.	Est-ce que le centre de santé utilise l'ordinateur pour une ou plusieurs des raisons suivantes ? (Lire les modalités)		Oui	Non	
		a. Suivre ou organiser les registres médicaux	1	2	
		b. Gérer les résultats de laboratoire	1	2	
		c. Facturer les patients	1	2	
		d. Suivre le nombre de patients	1	2	
		e. Suivre les dépenses/ le budget	1	2	
		f. Suivre l'inventaire des médicaments	1	2	
		x. Autre (préciser) _____			

Je vais maintenant vous poser des questions sur les modes de transport disponibles pour les références de cet établissement vers un autre centre de santé.

Moyens de transport

N°	Rubrique	Disponible et fonctionnel	Disponible mais non fonctionnel	Non disponible
3.13.	Ambulance médicalisée	1	2	99
3.14.	Ambulance non médicalisée	1	2	99
3.15.	Véhicule faisant fonction d'ambulance	1	2	99
3.16.	Moto-ambulance	1	2	99
3.17.	Barque motorisée	1	2	99
3.18.	Véhicule automobile/Moto privé(e)	1	2	99
3.19.	Autre (préciser) _____	1	2	99

Nom de la formation sanitaire: _____

Moyens de transport mobilisables au sein de la communauté en cas de référence

N°	Rubrique	Disponible Oui	Non disponible Non
3.20.	Barque	1	2
3.21.	Véhicule à quatre roues/ Automobile	1	2
3.22.	Véhicule à deux roues/ Moto	1	2
3.23.	Autre (préciser) : _____		

Pour les véhicules et motocyclettes

3.24.	En cas de besoin, est-ce que l'entretien ou les réparations des véhicules (automobiles, motocyclettes, etc.) peuvent être réalisées? <i>(Entourer 99 (N/A) s'il n'y a pas d'automobile ou de motocyclettes)</i>	1. Oui 2. Non 99. Non applicable	Si 99, aller à la Section 4
3.25.	Qui est chargé de s'assurer que les véhicules (automobiles, motocyclettes, etc.) sont en état de marche ? <i>(Entourer 99 (N/A) s'il n'y a pas d'automobiles ou de motocyclettes)</i>	1. Personne 2. Responsable de l'établissement 3. Gestionnaire de l'établissement 4. MCZS 96. Autre (préciser) : _____ 99. Non applicable	
3.26.	En cas de besoin, est-ce qu'il y a des fonds <u>aujourd'hui</u> pour assurer l'entretien ou les réparations des véhicules (automobiles et motocyclettes, etc.) ? <i>(Entourer 99 (N/A) s'il n'y a pas d'automobiles ou de motocyclettes)</i>	1. Oui 2. Non 99. Non applicable	
3.27.	En cas de besoin, est-ce qu'il y a suffisamment de carburant <u>aujourd'hui</u> pour référer les urgences obstétricales et	1. Oui 2. Non	

Nom de la formation sanitaire: _____

	néo natales? <i>(Entourer 99 (N/A) s'il n'y a pas de véhicules ou de motocyclettes)</i>	99. Non applicable	
--	--	--------------------	--

SECTION 4 : REFERENCE GENERALE ET DISPONIBILITE 24H/24 ET 7J/7

4.1.	Est-ce que l'établissement assure des soins obstétricaux et néonataux 24h/24 et 7j/7 ?	1. Oui 2. Non									
4.2.	À quelle distance se trouve l'hôpital de référence le plus proche en cas de référence? <i>(avec le moyen de transport le plus utilisé)</i>	<div style="text-align: center;"> _ _ _ _ km</div> <p style="text-align: center;"><i>Inscrire 9999 si cet établissement ne réfère pas</i></p>	<p>Aller à la section 5 si cet établissement ne réfère pas</p>								
4.3.	Combien de temps faut-il pour se rendre dans cet hôpital de référence qui pratique des soins chirurgicaux? (Renseigner pour tous les moyens de transport utilisés en encerclant la lettre correspondante (colonne 1) ; dans le cas où les populations utilisent deux moyens de transport pour se rendre au CS, ex. : barque et moto, choisir barque pour la 1ere colonne, et inscrire moto dans la case adjacente de la 2° colonne. Finalement, inscrire les durées de transport pour chaque moyen de transport)	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>1^{er} moyen de transport</th><th>2^e moyen de transport</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> A. A pied : _ _ heures _ _ minutes </td><td> F. _____ <i>(Inscrire le moyen de transport)</i> _ _ heures _ _ minutes </td></tr> <tr> <td> B. A moto : _ _ heures _ _ minutes </td><td> G. _____ <i>(Inscrire le moyen de transport)</i> _ _ heures _ _ minutes </td></tr> <tr> <td> C. En voiture : _ _ heures _ _ minutes </td><td> H. _____ <i>(Inscrire le moyen de transport)</i> _ _ heures _ _ minutes </td></tr> </tbody> </table>	1 ^{er} moyen de transport	2 ^e moyen de transport	A. A pied : _ _ heures _ _ minutes	F. _____ <i>(Inscrire le moyen de transport)</i> _ _ heures _ _ minutes	B. A moto : _ _ heures _ _ minutes	G. _____ <i>(Inscrire le moyen de transport)</i> _ _ heures _ _ minutes	C. En voiture : _ _ heures _ _ minutes	H. _____ <i>(Inscrire le moyen de transport)</i> _ _ heures _ _ minutes	
1 ^{er} moyen de transport	2 ^e moyen de transport										
A. A pied : _ _ heures _ _ minutes	F. _____ <i>(Inscrire le moyen de transport)</i> _ _ heures _ _ minutes										
B. A moto : _ _ heures _ _ minutes	G. _____ <i>(Inscrire le moyen de transport)</i> _ _ heures _ _ minutes										
C. En voiture : _ _ heures _ _ minutes	H. _____ <i>(Inscrire le moyen de transport)</i> _ _ heures _ _ minutes										

Nom de la formation sanitaire: _____

		<div>D. En barque : _ _ heures _ _ minutes</div> <div>E. A vélo : _ _ heures _ _ minutes</div> <div>X. Autre (préciser) : _____ _ _ heures _ _ minutes</div>	<div>I. _____ <i>(Inscrire le moyen de transport)</i> _ _ heures _ _ minutes</div> <div>J. _____ <i>(Inscrire le moyen de transport)</i> _ _ heures _ _ minutes</div> <div>K. _____ <i>(Inscrire le moyen de transport)</i> _ _ heures _ _ minutes</div>	
4.4.	Existe-t-il un fonds pour payer les références?	1. Oui 2. Non		Si non, aller à 4.6
4.4a	Si oui, quel est le budget annuel de ce fonds au niveau de la formation sanitaire?	_ _ _ _ _ _ _ _ FCFA <i>Inscrire 8888888 si la personne ne sait pas</i>		
4.5.	Quelles activités de référence sont financées par ce fonds ? <i>(Entourer toutes les modalités correspondantes)</i>	A. Transport B. Communication C. Prise en charge X. Autre (préciser) : _____		
4.6.	Y-a-il des rencontres entre les différents niveaux de service ? (Par exemple, entre les CSC et l'HZ ? Ou entre les formations sanitaires et les centres de référence ?)	1. Oui 2. Non		Si non, aller à la Section 5
4.7.	Si oui, qui participe à ces rencontres ?	A. MCZS B. Responsable de la formation sanitaire		

Nom de la formation sanitaire: _____

	<i>(Entourer toutes les modalités correspondantes)</i>	C. Médecins D. Infirmiers E. Sage femmes X. Autre agent de santé (préciser) : _____	
4.8.	A quelle fréquence ces rencontres ont-elles lieu ?	1. Une fois par an 2. Tous les semestres 3. Tous les trimestres 4. Tous les mois 96. Autre (préciser) : _____	
4.9.	Sur quel(s) sujet(s) portent ces rencontres ? <i>(Entourer toutes les modalités correspondantes)</i>	A. Services médicaux B. Gestion financière C. Gestion administrative D. Gestion des médicaments E. Ressources humaines X. Autre (préciser) : _____	

SECTION 5 : PAIEMENT DES SERVICES MEDICAUX ET HOSPITALIERS

5.1.	Un paiement officiel est-il exigé avant une consultation ?	1. Oui 2. Non	
------	--	------------------	--

5.2.	La femme est-elle tenue de payer un droit ou d'acheter des consommables pour un accouchement normal ?	1. Oui 2. Non	
5.3.	En cas d'urgence obstétricale / gynécologique, un paiement est-il exigé avant que la femme ne soit traitée ?	1. Oui 2. Non	
5.4.	En cas d'urgence obstétricale / gynécologique, la femme ou sa famille est-elle tenue d'acheter des médicaments ou des consommables avant qu'un traitement ne soit administré ?	1. Oui 2. Non	
5.5.	Comment est ce que la patiente est	A. Panneau d'affichage	Si A, aller

Nom de la formation sanitaire: _____

	informée des tarifs ?	B. Elle est informée par un médecin C. Elle est informée par un (e) infirmier (e) D. Elle est informée par une sage femme E. Elle est informée par un autre agent de santé X. Autre (préciser) : _____	à 5.5a, si autre réponse que A, aller à 5.6.
5.5a	Si A, Les tarifs sont-ils affichés de manière visible dans un endroit public ? <i>(Observation seulement)</i>	1. Oui 2. Non	
5.5b	Les tarifs affichés sont-ils d'actualité ? <i>(Obtenir une liste de prix)</i>	1. Oui 2. Non	

Nom de la formation sanitaire: _____

5.6.	<p>Combien coûtent (en FCFA) les actes, consommables et produits suivants ?</p> <p>(Pour chaque rubrique, inscrire :</p> <p>* 222222 si c'est gratuit;</p> <p>* 999999 si le service ou l'article n'est pas proposé ;</p> <p>* 888888 si la personne interrogée ne connaît pas la réponse)</p> <p>(inj = injectable)</p>	<p>a. droits d'admission/consultation _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>b. accouchement normal _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>c. une paire de gants stériles _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>d. soluté intraveineux (Ringel) _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>e. accouchement assisté par ventouse _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>f. accouchement assisté par forceps _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>g. césarienne _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>h. soins après avortement _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>i. ampoule d'oxytocine (inj) _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>j. ampoule d'ergométrine (inj) _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>k. ampoule de sulfate de magnésium (inj) _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>l. ampoule de Benzyl pénicilline (inj) _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>m. ampoule de gentamicine (inj) _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>n. ampoule de chloramphénicol (inj) _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>o. groupage _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>p. transfusion sanguine _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>q. journée d'hospitalisation _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>r. CPN _ _ _ _ _ _ _ </p>	
------	--	---	--

Nom de la formation sanitaire: _____

5.7.	Les éléments suivants sont-ils facturés séparément aux femmes ? (Lire chaque rubrique)		Oui	Non	N/A : Service non disponible	
		a. Hospitalisation ?	1	2	99	
		b. Repas ?	1	2	99	
		c. Transfusion sanguine ?	1	2	99	
		d. Services néonataux et soins intensifs ?	1	2	99	
		e. Soins intensifs pour la mère ?	1	2	99	
		f. Consommables ? (Coton, alcool, gant, compresse)	1	2	99	
		g. Soins usuels au nouveau-né ?	1	2	99	
		h. Pansement ombilical ?	1	2	99	
5.8.	Y a-t-il un système <u>formel</u> en place qui dispense les femmes pauvres de payer les frais de maternité (soins, accouchement, hospitalisation) ?	1. Oui 2. Non			Si non, aller à 5.9.	
5.8a	Si oui, quel est ce système ?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
5.8b	Si le système est le Fond Sanitaire des Indigents, combien de patients ont été bénéficiaires en 2009 ?	/_/_/_/_/				

Nom de la formation sanitaire: _____

5.9.	Existe-t-il un processus d'identification des indigents au sein de la communauté ?	1. Oui 2. Non	Si non, aller à 5.10.
5.9a	Si oui, lequel ?	_____ _____ _____	
5.10.	Existe-t-il un processus d'identification des indigents au sein de la formation sanitaire ?	1. Oui 2. Non	Si non, aller à 5.11.
5.10a	Si oui, lequel ?	_____ _____ _____	
5.10b	Si le système est le Fonds Sanitaire des Indigents, qui représente la formation sanitaire à ces réunions ? <i>(Entourer toutes les modalités correspondantes)</i>	A. Responsable de la formation sanitaire ou son représentant B. Médecin C. Sage femme D. Infirmier X. Autre (préciser) : _____	
5.11.	Existe-t-il un système <u>informel</u> en place qui dispense les femmes pauvres de payer les frais de maternité ?	1. Oui 2. Non	Si non, aller à la section 6
5.12.	Si oui, quel est ce système ?	_____ _____ _____	

Nom de la formation sanitaire: _____

SECTION 11 : ASSURANCE QUALITE			
11.1.	Existe-t-il un système de plaintes pour les patients ?	1. Oui 2. Non	Si non, aller à 11.3.
11.2.	Si oui, sous quelles formes ces plaintes sont-elle recueillies ? <i>(Entourer toutes les modalités correspondantes)</i>	A. Enquêtes des patients B. Boîte à suggestions C. Rencontre avec les dirigeants de la communauté X. Autre (préciser) : _____	
11.3.	Quelles sont les méthodes utilisées pour le système assurance qualité ? <i>(Entourer toutes les modalités correspondantes et demander à voir les documents)</i>	A. Audit des décès B. Liste de contrôle C. Directives X. Autre (préciser) : _____	
SECTION 12 : SUPERVISION DE L'EEZS			
12.1.	Combien de visites de supervision ont été effectuées au cours des 12 derniers mois ?	/ _ / _ / _ /	
12.2.	A quelle date remonte la dernière supervision ?	/ _ / _ / _ / _ / _ / JJ MM AA	
12.3.	Combien de temps en moyenne dure une de ces activités ?	1. Moins d'une heure 2. 1 à 2 heures 3. 3 à 4 heures 4. Toute la journée 96. Autre (préciser) : _____	
12.4.	La visite était-elle annoncée en avance ?	1. Oui 2. Non	Si non, aller à 12.7.
12.5.	Pour quelle date avait-elle été planifiée ?	/ _ / _ / _ / _ / _ / JJ MM AA	
12.6.	Etait-elle inscrite dans le plan annuel ?	1. Oui 2. Non	Si oui, aller à 12.8.

Nom de la formation sanitaire: _____

12.7.	Si non, quelle est la différence de temps entre cette visite et la visite précédente ?	1. Trois mois 2. Six mois 3. Un an 4. Plus d'un an 96. Autre (préciser) : _____	
12.8.	Quelles tâches ont été effectuées par les superviseurs lors de la dernière visite ? <i>(Entourer toutes les modalités correspondantes)</i>	A. Audit des comptes B. Contrôle des données administratives C. Observation technique D. Rencontres avec le personnel E. Contrôle des équipements, médicaments et intrants F. Livraison des réserves G. Discussion sur les pratiques techniques X. Autre (préciser) : _____	

SECTION 13 : POUVOIR DE DECISION

Pouvoir de décision sur le personnel

13.1.	Quel est le pouvoir réel du directeur/responsable de la formation sanitaire pour le <u>recrutement</u> des différentes catégories de personnel ? <i>[Marquer des « X » dans les cases appropriées du tableau suivant. NB : Une seule croix par ligne]</i>							
			Décideur final	Veto/ accord	Avis demandé	Juste informé	Pas informé	
		A. APE						
		B. Agent permanent						
		C. ACE						
		D. Mesures sociales						
		E. Agent communautaire						
		F. Autre contractuel						
		G. Bénévoles						
		X. Autre (préciser) : _____						

Nom de la formation sanitaire: _____

13.2.	Quel est le pouvoir réel du directeur/responsable de la formation sanitaire pour l'assignation des tâches des différentes catégories de personnel ? [Marquer des « X » dans les cases appropriées du tableau suivant. NB : Une seule croix par ligne]						
			Décideur final	Veto/ accord	Avis demandé	Juste informé	Pas informé
	A. APE						
	B. Agent permanent						
	C. ACE						
	D. Mesures sociales						
	E. Agent communautaire						
	F. Autre contractuel						
	G. Bénévoles						
	X. Autre (préciser) : _____						
13.3.	Quel est le pouvoir réel du directeur/responsable de la formation sanitaire pour la mutation des différentes catégories de personnel ? [Marquer des « X » dans les cases appropriées du tableau suivant. NB : Une seule croix par ligne]						
			Décideur final	Veto/ accord	Avis demandé	Juste informé	Pas informé
	A. APE						
	B. Agent permanent						
	C. ACE						
	D. Mesures sociales						
	E. Agent communautaire						
	F. Autre contractuel						
	G. Bénévoles						
	X. Autre (préciser) : _____						

Nom de la formation sanitaire: _____

13.4.	Quel est le pouvoir réel du directeur/responsable de la formation sanitaire pour la <u>promotion</u> des différentes catégories de personnel? <i>[Marquer des « X » dans les cases appropriées du tableau suivant. NB : Une seule croix par ligne]</i>						
		Décideur final	Veto/ accord	Avis demandé	Juste informé	Pas informé	
	A. APE						
	B. Agent permanent						
	C. ACE						
	D. Mesures sociales						
	E. Agent communautaire						
	F. Autre contractuel						
	G. Bénévoles						
	X. Autre (préciser) : _____						

13.5.	Quel est le pouvoir réel du directeur/responsable de la formation sanitaire pour infliger des <u>actions disciplinaires</u> (y compris demande d'explication) aux différentes catégories de personnel ? <i>[Marquer des « X » dans les cases appropriées du tableau suivant. NB : Une seule croix par ligne]</i>						
		Décideur final	Veto/ accord	Avis demandé	Juste informé	Pas informé	
	A. APE						
	B. Agent permanent						
	C. ACE						
	D. Mesures sociales						
	E. Agent communautaire						
	F. Autre contractuel						
	G. Bénévoles						
	X. Autre (préciser) : _____						
13.6.	Y a-t-il eu une sanction disciplinaire (ou une demande d'explication) sur un/plusieurs membre(s) du personnel au cours des 12 derniers mois ?			1. Oui 2. Non		Si non, aller à 13.9.	

Nom de la formation sanitaire: _____

13.7.	Si oui, quel étai(ent)t le(s) motif(s) des sanctions/de la demande d'explication ? (Entourer toutes les modalités correspondantes)	A. Absentéisme B. Négligence clinique/technique (préciser) _____ _____ C. Détournement de fonds D. Détournement de médicaments E. Comportement X. Autre (préciser) : _____	
13.8.	Si oui, quel était le statut légal de ces employés ?	A. APE B. Agent permanent C. ACE D. Mesures sociales E. Autres contractuels F. Bénévoles G. Agents communautaires X. Autre (préciser) : _____	

13.9.	Quel est le pouvoir réel du directeur/responsable de la formation sanitaire pour <u>octroyer des bonus financiers</u> aux différentes catégories de personnel? [Marquer des « X » dans les cases appropriées du tableau suivant. NB : Une seule croix par ligne]							
		Décideur final	Veto/ accord	Avis demandé	Juste informé	Pas informé	Non applicable	
	A. APE							
	B. Agent permanent							
	C. ACE							
	D. Mesures sociales							
	E. Agent communautaire							
	F. Autre contractuel							
	G. Bénévoles							
	X. Autre (préciser) : _____							

Nom de la formation sanitaire: _____

13.10.	Quel est le pouvoir réel du directeur/responsable de la formation sanitaire pour la <u>formation</u> des différentes catégories de personnel ? <i>[Marquer des « X » dans les cases appropriées du tableau suivant. NB : Une seule croix par ligne]</i>						
		Décideur final	Veto/accord	Avis demandé	Juste informé	Pas informé	
	A. APE						
	B. Agent permanent						
	C. ACE						
	D. Mesures sociales						
	E. Agent communautaire						
	F. Autre contractuel						
	G. Bénévoles						
	X. Autre (préciser) : _____						
Pouvoir de décision sur l'équipement							
13.11.	Quel est le pouvoir réel du directeur/responsable de la formation sanitaire pour la <u>planification</u> de l'achat du petit équipement ? <i>[Entourer une seule réponse]</i>						
	1. Décideur final 2. Veto/accord 3. Avis demandée 4. Juste informé 5. Pas informé						
13.12.	Quel est le pouvoir réel du directeur/responsable de la formation sanitaire pour <u>l'acquisition</u> (choix du fabricant) de petit équipement ? <i>[Entourer une seule réponse]</i>						
	1. Décideur final 2. Veto/accord 3. Avis demandée 4. Juste informé 5. Pas informé						

Nom de la formation sanitaire: _____

Espace de décision sur la construction et la réhabilitation de bâtiments			
13.13.	Quel est le pouvoir réel du directeur/responsable de la formation sanitaire pour la <u>planification</u> de nouvelles constructions ou la réhabilitation de bâtiments?		
	1. Décideur final 2. Vêto/accord 3. Avis demandée 4. Juste informé 5. Pas informé		
13.14.	Quel est le pouvoir réel du directeur/responsable de la formation sanitaire pour <u>l'acquisition</u> (choix de l'entrepreneur) de construction ou réhabilitation de bâtiments?		
	1. Décideur final 2. Vêto/accord 3. Avis demandée 4. Juste informé 5. Pas informé		
Espace de décision sur les médicaments			
13.15.	Quel est le pouvoir réel du directeur/responsable de la formation sanitaire pour la <u>commande</u> de médicaments ?		
	1. Décideur final 2. Vêto/accord 3. Avis demandée 4. Juste informé 5. Pas informé		
SECTION 14 : SANG			
14.1.	L'établissement a-t-il une banque de sang ?	1. Oui 2. Non	Si non aller à la Section 15

Nom de la formation sanitaire: _____

14.2.	A quelle fréquence les poches de sang sont-elles livrées ?	1. Toutes les semaines 2. Tous les mois 3. Tous les six mois 4. De manière irrégulière 96. Autre (préciser) : _____	
14.3.	Comment est-ce que les poches de sang sont livrées ?	1. Véhicule/camion 2. Moto 3. Barque 96. Autre (préciser) : _____	

A la fin, remerciez le responsable de la formation sanitaire d'avoir participé à l'enquête.

Demandez-lui s'il/elle a des suggestions.

Merci !

Nom du contrôleur : _____ Date : /_/_//_/_//_/_/

Nom de l'opérateur de saisie : _____ Date : /_/_//_/_//_/_/

Enquête sur l'évaluation des formations sanitaires (1ere partie : aspects administratifs et financiers)

Numéro Formation sanitaire				Numéro Enquêteur		No. Operateur de saisie		No. Contrôleur		No. Superviseur	

Id1. Zone sanitaire :		Id2. Département : _____		/ _ / _ /	
1. Banikoara		/ _ / _ /	Id3. Commune : _____		/ _ /
2. Zogbodomey-Bohicon-Zakpota			Id4. Arrondissement : _____		/ _ / _ /
3. Adjohoun-Dangbo-Bonou			Id5. Quartier de ville/ village : _____		/ _ / _ /
4. Porto-Novo-Sèmè-Kpodji- Aguégué			Id6. Nom de la formation sanitaire : _____		/ _ / _ / _ /
5. Kouandé- Pehunco-Kerou			Id7. Nom du responsable de l'établissement : _____		/ _ /
6. Lokossa-Athiémé					
7. Ouidah-Kpomassè-Tori					
8. Covè-Ouinhi-Zangnanado					
9. Savalou-Bantè					
10. Savè-Ouèssè					
Id8. Type de milieu :		Urbain	1	Rural	2

SECTION 6 : FINANCES

Enquêteur, vous devez accorder aux enquêtés le temps nécessaire pour répondre aux questions surtout que des documents et rapports doivent être consultés avant de donner une réponse exacte. Vérifiez les sources d'information et assurez vous que les réponses dérivent de sources existantes (et visibles).

REVENUS

6.1.	Quel était le montant total des recettes communautaires en médicaments en 2008 ?	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / FCFA <i>Inscrire 888888888 si ne sait pas</i> <i>Inscrire 999999999 si données introuvables/inexistantes</i>	
------	--	--	--

6.2.	<p>Quel était le montant total des recettes en médicaments par semaine en 2008 ?</p> <p><i>(Inscrire les montants hebdomadaires pour la 1^e semaine (S1), la 2^e semaine (S2), la 3^e semaine (S3) et la 4^e semaine (S4) de chaque mois)</i></p> <p><i>(Inscrire 88 si ne sait pas)</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>S1</th> <th>S2</th> <th>S3</th> <th>S4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. Jan</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B. Fév</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C. Mars</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D. Avril</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E. Mai</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>F. Juin</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>G. Juillet</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>H. Août</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>I. Sept</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>J. Oct</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>K. Nov</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>L. Dec</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		S1	S2	S3	S4	A. Jan					B. Fév					C. Mars					D. Avril					E. Mai					F. Juin					G. Juillet					H. Août					I. Sept					J. Oct					K. Nov					L. Dec					
	S1	S2	S3	S4																																																																
A. Jan																																																																				
B. Fév																																																																				
C. Mars																																																																				
D. Avril																																																																				
E. Mai																																																																				
F. Juin																																																																				
G. Juillet																																																																				
H. Août																																																																				
I. Sept																																																																				
J. Oct																																																																				
K. Nov																																																																				
L. Dec																																																																				
6.3.	<p>Quel était le montant total des recettes provenant des actes cliniques en 2008 ?</p>	<p>/ / / / / / / / / / FCFA</p> <p><i>Inscrire 88888888 si ne sait pas</i></p> <p><i>Inscrire 99999999 si données introuvables/inexistantes</i></p>																																																																		
6.4.	<p>Quel était la moyenne des recettes provenant des actes cliniques par semaine en 2008 ?</p>	<p>/ / / / / / / / / / FCFA</p> <p><i>Inscrire 88888888 si ne sait pas</i></p> <p><i>Inscrire 99999999 si données introuvables/inexistantes</i></p>																																																																		
6.5.	<p>Quel est le montant total des crédits délégués reçus en 2008 ?</p>	<p>/ / / / / / / / / / FCFA</p> <p><i>Inscrire 88888888 si ne sait pas</i></p> <p><i>Inscrire 99999999 si données introuvables/inexistantes</i></p>																																																																		
6.6.	<p>En dehors des revenus communautaires et des crédits délégués, quelles étaient les autres sources de revenus et les fonds reçus de ces sources en 2008 (lister les sources)?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Montant (FCFA)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td> <p>/ / / / / / / / / /</p> <p><i>Inscrire 99999999 si rien</i></p> </td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td> <p>/ / / / / / / / / /</p> <p><i>Inscrire 99999999 si rien</i></p> </td> </tr> </tbody> </table>		Montant (FCFA)	1. _____	<p>/ / / / / / / / / /</p> <p><i>Inscrire 99999999 si rien</i></p>	2. _____	<p>/ / / / / / / / / /</p> <p><i>Inscrire 99999999 si rien</i></p>																																																												
	Montant (FCFA)																																																																			
1. _____	<p>/ / / / / / / / / /</p> <p><i>Inscrire 99999999 si rien</i></p>																																																																			
2. _____	<p>/ / / / / / / / / /</p> <p><i>Inscrire 99999999 si rien</i></p>																																																																			
6.7.	<p>Quel était le montant total des recettes de l'établissement en 2008 ?</p> <p><i>(6.13= 6.1+6.3+6.5+6.6 ; vérifier le montant avec la personne interrogée)</i></p>	<p>/ / / / / / / / / / FCFA</p> <p><i>Inscrire 88888888 si ne sait pas</i></p>																																																																		
6.8.	<p>Quel était le montant total des recettes communautaires en médicaments en 2009 ?</p>	<p>/ / / / / / / / / / FCFA</p> <p><i>Inscrire 88888888 si ne sait pas</i></p>																																																																		

6.9.	<p>Quel était le montant total des recettes en médicaments par semaine en 2009 ?</p> <p><i>(Inscrire les montants hebdomadaires pour la 1^e semaine (S1), la 2^e semaine (S2), la 3^e semaine (S3) et la 4^e semaine (S4) de chaque mois)</i></p> <p><i>(Inscrire 88 si ne sait pas)</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>S1</th> <th>S2</th> <th>S3</th> <th>S4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. Jan</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B. Fév</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C. Mars</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D. Avril</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E. Mai</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>F. Juin</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>G. Juillet</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>H. Août</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>I. Sept</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>J. Oct</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>K. Nov</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>L. Dec</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		S1	S2	S3	S4	A. Jan					B. Fév					C. Mars					D. Avril					E. Mai					F. Juin					G. Juillet					H. Août					I. Sept					J. Oct					K. Nov					L. Dec						
	S1	S2	S3	S4																																																																	
A. Jan																																																																					
B. Fév																																																																					
C. Mars																																																																					
D. Avril																																																																					
E. Mai																																																																					
F. Juin																																																																					
G. Juillet																																																																					
H. Août																																																																					
I. Sept																																																																					
J. Oct																																																																					
K. Nov																																																																					
L. Dec																																																																					
6.10.	<p>Quel était le montant total des recettes provenant des actes cliniques en 2009 ?</p>	<p>/ / / / / / / / / / FCFA</p> <p><i>Inscrire 888888888 si ne sait pas</i></p>																																																																			
6.11.	<p>Quel était la moyenne des recettes provenant des actes cliniques par semaine en 2009 ?</p> <p><i>(Inscrire les montants hebdomadaires pour la 1^e semaine (S1), la 2^e semaine (S2), la 3^e semaine (S3) et la 4^e semaine (S4) de chaque mois)</i></p> <p><i>(Inscrire 88 si ne sait pas)</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>S1</th> <th>S2</th> <th>S3</th> <th>S4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. Jan</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B. Fév</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>C. Mars</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D. Avril</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E. Mai</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>F. Juin</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>G. Juillet</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>H. Août</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>I. Sept</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>J. Oct</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>K. Nov</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>L. Dec</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		S1	S2	S3	S4	A. Jan					B. Fév					C. Mars					D. Avril					E. Mai					F. Juin					G. Juillet					H. Août					I. Sept					J. Oct					K. Nov					L. Dec						
	S1	S2	S3	S4																																																																	
A. Jan																																																																					
B. Fév																																																																					
C. Mars																																																																					
D. Avril																																																																					
E. Mai																																																																					
F. Juin																																																																					
G. Juillet																																																																					
H. Août																																																																					
I. Sept																																																																					
J. Oct																																																																					
K. Nov																																																																					
L. Dec																																																																					
6.12.	<p>Quel est le montant total des crédits délégués reçus en 2009 ?</p>	<p>/ / / / / / / / / / FCFA</p> <p><i>Inscrire 888888888 si ne sait pas</i></p>																																																																			
6.13.	<p>En dehors des revenus communautaires et des crédits délégués, quelles étaient les autres sources de revenus et les fonds reçus de ces sources en 2009 (lister les sources)?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Montant (FCFA)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td> <p>/ / / / / / / / / /</p> <p>Inscrire 99999999 si rien</p> </td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td> <p>/ / / / / / / / / /</p> <p>Inscrire 99999999 si rien</p> </td> </tr> </tbody> </table>					Montant (FCFA)	1. _____	<p>/ / / / / / / / / /</p> <p>Inscrire 99999999 si rien</p>	2. _____	<p>/ / / / / / / / / /</p> <p>Inscrire 99999999 si rien</p>																																																										
	Montant (FCFA)																																																																				
1. _____	<p>/ / / / / / / / / /</p> <p>Inscrire 99999999 si rien</p>																																																																				
2. _____	<p>/ / / / / / / / / /</p> <p>Inscrire 99999999 si rien</p>																																																																				
6.14.	<p>Quel était le montant total des recettes de l'établissement en 2009 ?</p> <p><i>(6.14= 6.8+6.10+6.12+6.13 ; vérifier le montant avec la personne interrogée)</i></p>	<p>/ / / / / / / / / / FCFA</p> <p><i>Inscrire 888888888 si ne sait pas</i></p>																																																																			

6.15.	Les membres du personnel reçoivent-ils des primes communautaires ?	1. Oui 2. Non	Si non, aller à 6.18.								
6.16.	A combien s'élevaient les primes communautaires pour l'ensemble du personnel en 2009? (moyenne annuelle)	/ / / / / / / / / / FCFA Inscrire 888888 si ne sait pas									
6.17.	Sur la base de quels critères ces primes sont –elles octroyées ?	A. Performance B. Ancienneté C. Indice salarial X. Autre (préciser) : _____									
6.18.	Quel est le pourcentage des revenus communautaires reversé aux EEZS en 2009 ?	/ / / %									
DEPENSES											
6.19.	Quel était le montant total des dépenses en médicaments en 2008?	/ / / / / / / / / / FCFA Inscrire 888888888 si ne sait pas Inscrire 999999999 si données introuvables/inexistantes									
6.20.	Quel était le montant total des dépenses sur le personnel (salaires, primes, etc.) en 2008 ?	/ / / / / / / / / / FCFA Inscrire 888888888 si ne sait pas Inscrire 999999999 si données introuvables/inexistantes									
6.21.	Quel était le montant total des dépenses sur les charges (électricité, essence, téléphone, etc.) en 2008 ?	/ / / / / / / / / / FCFA Inscrire 888888888 si ne sait pas Inscrire 999999999 si données introuvables/inexistantes									
6.22.	Quelles autres dépenses courantes ont été effectuées en 2008? (Lister sources et montant)	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Montant (FCFA)</td> </tr> <tr> <td>1. _____ _____</td> <td>/ / / / / / / / / / Inscrire 99999999 si rien</td> </tr> <tr> <td>2. _____ _____</td> <td>/ / / / / / / / / / Inscrire 99999999 si rien</td> </tr> <tr> <td>3. _____ _____</td> <td>/ / / / / / / / / / Inscrire 99999999 si rien</td> </tr> </table>		Montant (FCFA)	1. _____ _____	/ / / / / / / / / / Inscrire 99999999 si rien	2. _____ _____	/ / / / / / / / / / Inscrire 99999999 si rien	3. _____ _____	/ / / / / / / / / / Inscrire 99999999 si rien	
	Montant (FCFA)										
1. _____ _____	/ / / / / / / / / / Inscrire 99999999 si rien										
2. _____ _____	/ / / / / / / / / / Inscrire 99999999 si rien										
3. _____ _____	/ / / / / / / / / / Inscrire 99999999 si rien										

6.23.	Quel était le montant total des dépenses courantes en 2008 ? (6.23= 6.19+6.20+6.21+6.22)	/ / / / / / / / / / FCFA Inscrire 888888888 si ne sait pas Inscrire 999999999 si données introuvables/inexistantes									
6.24.	Quel était le montant total des dépenses en médicaments en 2009?	/ / / / / / / / / / FCFA Inscrire 888888888 si ne sait pas									
6.25.	Quel était le montant total des dépenses sur le personnel (salaires, primes, etc.) en 2009 ?	/ / / / / / / / / / FCFA Inscrire 888888888 si ne sait pas									
6.26.	Quel était le montant total des dépenses sur les charges (électricité, essence, téléphone, etc.) en 2009 ?	/ / / / / / / / / / FCFA Inscrire 888888888 si ne sait pas									
6.27.	Quelles autres dépenses courantes ont été effectuées en 2009? (Lister sources et montant)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Montant (FCFA)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____ _____</td> <td>/ / / / / / / / / / Inscrire 99999999 si rien</td> </tr> <tr> <td>2. _____ _____</td> <td>/ / / / / / / / / / Inscrire 99999999 si rien</td> </tr> <tr> <td>3. _____ _____</td> <td>/ / / / / / / / / / Inscrire 99999999 si rien</td> </tr> </tbody> </table>		Montant (FCFA)	1. _____ _____	/ / / / / / / / / / Inscrire 99999999 si rien	2. _____ _____	/ / / / / / / / / / Inscrire 99999999 si rien	3. _____ _____	/ / / / / / / / / / Inscrire 99999999 si rien	
	Montant (FCFA)										
1. _____ _____	/ / / / / / / / / / Inscrire 99999999 si rien										
2. _____ _____	/ / / / / / / / / / Inscrire 99999999 si rien										
3. _____ _____	/ / / / / / / / / / Inscrire 99999999 si rien										
6.28.	Quel était le montant total des dépenses courantes en 2009 ? (6.28= 6.24+6.25+6.26+6.27)	/ / / / / / / / / / FCFA Inscrire 888888888 si ne sait pas									
6.29.	Quelles dépenses en investissements ont été effectuées en 2008 ?	A. Equipement B. Travaux (construction / réhabilitation) C. Véhicules D. Motos X. Autre (préciser) : _____									
6.30.	Quel était le montant total des dépenses en investissements en 2008 ?	/ / / / / / / / / / FCFA Inscrire 888888888 si ne sait pas									
6.31.	Quelles dépenses en investissements ont été effectuées en 2009 ?	A. Equipement B. Travaux C. Véhicules D. Motos X. Autre (préciser) : _____									
6.32.	Quel était le montant total des dépenses en investissements en 2009 ?	/ / / / / / / / / / FCFA Inscrire 888888888 si ne sait pas									

6.33.	Existe-t-il un fonds d'exemption qui prend en charge les personnes dépourvues ? <i>(Il doit s'agir d'un fonds différent du Fonds Sanitaire des Indigents)</i>	1. Oui 2. Non	Si non, aller à la Section 7
6.33a	S'il existe un tel fonds, combien de bénéficiaires y a-t-il eu en 2009?	/ / / / <i>Inscrire 888 si ne sait pas</i>	
6.33b	Quel est le budget de ce fonds en 2009 ?	/ / / / / / / / FCFA <i>Inscrire 888 si ne sait pas</i>	
6.33c	D'où proviennent les ressources de ce fonds ? <i>(Entourer toutes les modalités correspondantes)</i>	A. Subvention B. Fonds propres C. Aide X. Autre (préciser) : _____	
6.33d	Quels sont les critères de sélection des bénéficiaires ? <i>(Entourer toutes les modalités correspondantes)</i>	A. Revenu moyen B. Taille de la famille C. Situation matrimoniale des femmes (veuves, filles mères, etc.) D. Lieu de résidence (village ou zone reculée/particulière) E. Statut de réfugié X. Autre (préciser) : _____	
6.33e	Qui sélectionne les bénéficiaires ?	1. EEZS 2. DDS 3. MCZS 4. Responsable de la FS et collaborateurs 96. Autre (préciser) : _____	
6.33f	Ces critères de sélection sont-ils respectés ?	1. Oui 2. Non	
6.33g	Existe-t-il des rapports financiers sur la gestion de ce fonds ? <i>(Si oui, demander à voir une copie)</i>	1. Oui 2. Non	

Nom du contrôleur : _____

Date : / / / / / / / /

Nom de l'opérateur de saisie : _____

Date : / / / / / / / /

Nom de la formation sanitaire: _____



The World Bank

Enquête sur l'évaluation des formations sanitaires (1ere partie : aspects administratifs et financiers)

Numéro Formation sanitaire				Numéro Enquêteur		No. Operateur de saisie		No. Contrôleur	No. Superviseur	

Id1. Zone sanitaire :		Id2.Département : _____		/_/_/_/	
1. Banikoara 2. Zogbodomey-Bohicon-Zakpota 3. Adjohoun-Dangbo-Bonou 4. Porto-Novo-Sèmè-Kpodji- Aguégué 5. Kouandé- Pehunco-Kerou 6. Lokossa-Athiémé 7. Ouidah-Kpomassè-Tori 8. Covè-Quinhi-Zangnanado 9.Savalou-Bantè 10.Savè-Ouèssè	/_/_/_/	Id3. Commune : _____		/_/_/	
		Id4. Arrondissement : _____		/_/_/_/	
		Id5. Quartier de ville/ village : _____		/_/_/_/	
		Id6. Nom de la formation sanitaire : _____		/_/_/_/_/_/	
		Id7. Nom du responsable de l'établissement : _____		/_/_/	
Id8. Type de milieu :		Urbain	1	Rural	2

SECTION 7 : PERSONNEL			
7.1.	Combien y a-t-il d'employés dans la formation sanitaire ?	/_/_/_/_/	

Nom de la formation sanitaire: _____

7.2. Quel est l'effectif du personnel par catégorie de personnel ?					
Catégories de personnel de santé (corps et fonction)	1. APE	2. ACE	3. Mesures sociales	4. Autres contractuels	96. Autre (préciser) : _____ _____
Médecin spécialiste (clinicien)	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /
Médecin santé publique	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /
Médecin généraliste	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /
Directeur d'hôpital. Administrateur, Ingénieur	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /
Ing. des travaux en analyses biomédicales et en imagerie médicale	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /
Technicien supérieur, attaché, inspecteur d'action sanitaire	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /

Nom de la formation sanitaire: _____

infirmiers IDE, sage-femme DE, contrôleur des services financiers, technicien de labo B, de radio et contrôleur d'action sociale et technicien d'hygiène et d'assainissement		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /
Infirmier breveté ou adjoint, agent technique de la stat, SASA, assistant des services financiers, assistants d'hygiène		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /
Aides-soignants, AHAB, PSA, chauffeur		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /
Agent de liaison, matrone, gardien		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /
Relais communautaires		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ /
7.3.	Combien y a-t-il de membres de personnel bénévoles?	/ _ _ _ /				
7.4.	Combien y a-t-il de membres de personnel expatriés ?	/ _ _ _ / <i>Inscrire 999 si non applicable</i>				
7.5.	Combien de réunions ont eu lieu sur la gestion de la formation sanitaire en 2009?	/ _ _ _ /				

Nom de la formation sanitaire: _____

7.6.	Qui participe à ces réunions ?	A. MCZS B. Responsable de la FS C. Médecins D. Sage femmes/infirmier(e)s E. DDS F. COGECS X. Autre (préciser) : _____	
7.7.	Existe-t-il des comptes-rendus de ces réunions ?	1. Oui 2. Non	

SECTION 8 : Effectif général du personnel

INSTRUCTIONS

→ Posez les questions sur :

- **L'effectif général du personnel** au responsable de l'établissement ou à l'administrateur chargé du paiement du personnel. Si cette personne ne peut pas répondre à vos questions, adressez-vous au responsable de la maternité.
- **la disponibilité du personnel 24 heures sur 24** et sur **le personnel chargé d'assurer des SONU et autres services essentiels** au responsable de la maternité. Si cette personne ne sait pas qui prodigue ces services en salle d'opération, adressez-vous à la personne responsable du bloc opératoire au moment de la visite. Cette question concerne les services offerts dans cet établissement

→ Les enquêteurs doivent obtenir une réponse à la première question (« Ce type de personnel travaille-t-il actuellement dans cet établissement ? »). Pour toutes les catégories de personnel n'étant pas employées par la Formation Sanitaire, mettre une croix sur toute la colonne correspondante. Puis poser les questions 8.1 à 8.4 pour la première catégorie de personnel de santé avant de passer à la catégorie suivante.

→ Quand vous entamez la deuxième section sur « **la disponibilité 24 h sur 24** », renseignez-vous uniquement sur les professionnels qui sont employés en ce moment dans cet établissement. Comme dans le cas de la première section, il faut lire le tableau de haut en bas pour chaque catégorie de personnel. La réponse à la première question déterminera les colonnes à remplir dans toutes les sections suivantes.

→ Inclure le personnel médical temporaire qui est agréé ainsi que les professionnels (mais pas les étudiants en médecine et les infirmières et sage femmes stagiaires).

Nom de la formation sanitaire: _____

N°	Rubrique	1. Gynécologue obstétricien	2. Pédiatre	3. Médecin généraliste	4. Chirurgien	5. Gestionnaire	6. Sage-femme	7. Infirmier (ère)	8. Aide soignante	9. Agent de pharmacie	10. Ambulancier/ CVA	11. Médecin Anesthésiste	12. Infirmier (ère) /SFE anesthésiste	13. Technicien de laboratoire
<i>*Administrer les questions 8.1 – 8.4 de cette rubrique verticalement; Inscrire le nombre 888 si Ne sait pas</i>														
8.1.	Quelles sont les normes d'effectif prévues par le Ministère de la Santé pour votre type d'établissement pour chaque catégorie de personnel?	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
8.2.	Quel est l'effectif à la date d'aujourd'hui de chaque catégorie de personnel dans votre établissement ?	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _

Nom de la formation sanitaire: _____

8.3.	Combien ont quitté cet établissement au cours des 12 derniers mois ?	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
8.4.	Combien ont été affectés à cet établissement au cours des 12 derniers mois ?	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _

Nom de la formation sanitaire: _____

Aux sections 9 et 10, commencez par entourer ou souligner chaque catégorie d'agents de santé qui est actuellement employée dans cet établissement. Ceci devrait vous aider à vous rappeler qu'il ne faut **pas poser de questions** aux professionnels qui ne travaillent pas en ce moment dans l'établissement.

N°	Rubrique	1. Gynéco-Obstétricien	2. Pédiatre / Néonatalogiste	3. Médecin généraliste	4. Chirurgien	5. Gestionnaire / Administrateur	6. Sage-femme	7. Infirmier (ère)	8. Aide soignante	9. Agent de pharmacie	10. Ambulancier /CVA	11. Médecin Anesthésiste	12. Infirmier (ère) /SFE anesthésiste	13. Technicien de laboratoire
Section 9. Disponibilité du personnel 24h / 24														
<i>(Administrer les questions 9.1 – 9.4 de cette rubrique verticalement et inscrire 1 pour Disponible, 2 pour Non et 3 pour d'Astreinte)</i>														
9.1.	Lundi – vendredi: dans la journée ?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9.2.	Lundi – vendredi: de nuit ?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9.3.	Samedi + dimanche dans la journée ?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9.4.	Samedi + dimanche de nuit ?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nom de la formation sanitaire: _____

Section 10. Fonctions SONU et autres services essentiels

(Administrer horizontalement les questions 10.1 -10.36 posant la question « qui fait telle fonction ou tel service » ?)

N°	Fonction / Services Essentiels	1. Obstétricien/ Gynécologue	2. Pédiatre / Néonatalogiste	3. Médecin Généraliste	4. Chirurgien	5. Gestionnaire / Administrateur	6. Sage-femme	7. Infirmier (ère)	8. Aides-soignantes	9. Agent de pharmacie	10. Ambulancier/CVA	11. Médecin Anesthésiste	12. Infirmier (ère) /SFE anesthésiste	13. Technicien de Laboratoire
10.1.	Administration d'antibiotiques par voie parentérale	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.2.	Administration d'utérotoniques par voie parentérale	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.3.	Administration d'anticonvulsivants par voie parentérale	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2

Nom de la formation sanitaire: _____

N°	Fonction / Services Essentiels	1. Obstétricien/ Gynécologue	2. Pédiatre / Néonatalogiste	3. Médecin Généraliste	4. Chirurgien	5. Gestionnaire / Administrateur	6. Sage-femme	7. Infirmier (ère)	8. Aides-soignantes	9. Agent de pharmacie	10. Ambulancier/CVA	11. Médecin Anesthésiste	12. Infirmier (ère) /SFE anesthésiste	13. Technicien de Laboratoire
10.4.	Délivrance artificielle du placenta	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.5.	Aspiration manuelle intra- utérine (AMIU) ou aspiration électrique	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.6.	Curetage	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.7.	Curage	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.8.	Avortement Thérapeutique	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2

Nom de la formation sanitaire: _____

N°	Fonction / Services Essentiels	1. Obstétricien/ Gynécologue	2. Pédiatre / Néonatalogiste	3. Médecin Généraliste	4. Chirurgien	5. Gestionnaire / Administrateur	6. Sage-femme	7. Infirmier (ère)	8. Aides-soignantes	9. Agent de pharmacie	10. Ambulancier/CVA	11. Médecin Anesthésiste	12. Infirmier (ère) /SFE anesthésiste	13. Technicien de Laboratoire
10.9.	Accouchements assistés par ventouse obstétricale	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.10.	Accouchements assistés par forceps	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.11.	Réanimation néonatale - ballon et masque	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.12.	Transfusion sanguine pour la mère	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.13.	Transfusion sanguine pour le nouveau-né	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.14.	Césarienne	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2

Nom de la formation sanitaire: _____

N°	Fonction / Services Essentiels	1. Obstétricien / Gynécologue	2. Pédiatre / Néonatalogiste	3. Médecin Généraliste	4. Chirurgien	5. Gestionnaire / Administrateur	6. Sage-femme	7. Infirmier (ère)	8. Aides-soignantes	9. Agent de pharmacie	10. Ambulancier/CVA	11. Médecin Anesthésiste	12. Infirmier (ère) /SFE anesthésiste	13. Technicien de Laboratoire
10.15.	Accouchement normal	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.16.	Administration d'utéro toniques par voie, rectale ou vaginale	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.17.	Anesthésie générale	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.18.	Anesthésie locorégionale (rachianesthésie)	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.19.	Anesthésie locorégionale (Anesthésie péridurale)	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.20.	Anesthésie locorégionale (analgésie	Oui 1	Oui 1	Oui 1	Oui 1	Oui 1	Oui 1	Oui 1	Oui 1	Oui 1	Oui 1	Oui 1	Oui 1	Oui 1

Nom de la formation sanitaire: _____

N°	Fonction / Services Essentiels	1. Obstétricien/ Gynécologue	2. Pédiatre / Néonatalogiste	3. Médecin Généraliste	4. Chirurgien	5. Gestionnaire / Administrateur	6. Sage-femme	7. Infirmier (ère)	8. Aides-soignantes	9. Agent de pharmacie	10. Ambulancier/CVA	11. Médecin Anesthésiste	12. Infirmier (ère) /SFE anesthésiste	13. Technicien de Laboratoire
	péridurale)	Non 2	Non 2	Non 2	Non 2	Non.....2	Non 2	Non 2	Non.....2	Non 2	Non.....2	Non 2	Non 2	Non2
10.21.	GATPA	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui1 Non2
10.22.	Accouchement par le siège	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui1 Non2
10.23.	Réparation des fistules obstétricales simples	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui1 Non2
10.24.	Remplissage et utilisation du partogramme	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui1 Non2
10.25.	Soins immédiats aux nouveaux-nés	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui1 Non2

Nom de la formation sanitaire: _____

N°	Fonction / Services Essentiels	1. Obstétricien/ Gynécologue	2. Pédiatre / Néonatalogiste	3. Médecin Généraliste	4. Chirurgien	5. Gestionnaire / Administrateur	6. Sage-femme	7. Infirmier (ère)	8. Aides-soignantes	9. Agent de pharmacie	10. Ambulancier/CVA	11. Médecin Anesthésiste	12. Infirmier (ère) /SFE anesthésiste	13. Technicien de Laboratoire
10.26.	Soins prénatals recentrés	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.27.	Counseling en planification familiale	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.28.	Méthodes réversibles de PF (pilules, préservatifs, injectable, DIU, implants)	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.29.	Méthodes chirurgicales de contraception	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
10.30.	Services de PTME	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2

Nom de la formation sanitaire: _____

N°	Fonction / Services Essentiels	1. Obstétricien / Gynécologue	2. Pédiatre / Néonatalogiste	3. Médecin Généraliste	4. Chirurgien	5. Gestionnaire / Administrateur	6. Sage-femme	7. Infirmier (ère)	8. Aides-soignantes	9. Agent de pharmacie	10. Ambulancier/CVA	11. Médecin Anesthésiste	12. Infirmier (ère) /SFE anesthésiste	13. Technicien de Laboratoire
10.31.	(Observation par l'enquête seulement, ne pas poser la question à haute voix) Pendant les conversations, vous a-t-il semblé évident que certains membres du personnel censés travailler étaient régulièrement absents ?										Oui.....1			
											Non2			

N°	Fonction / Services Essentiels	1. Obstétricien / Gynécologue	2. Pédiatre / Néonatalogiste	3. Médecin Généraliste	4. Chirurgien	5. Gestionnaire / Administrateur	6. Sage-femme	7. Infirmier (ère)	8. Aides-soignantes	9. Agent de pharmacie	10. Ambulancier/CVA	11. Médecin Anesthésiste	12. Infirmier (ère) /SFE anesthésiste	13. Technicien de Laboratoire
10.32	Prévention des infections	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui..... 1 Non 2	Oui..... 1 Non 2	Oui.....1 Non2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui..... 1 Non..... 2
10.33.	Communication pour changement de comportement	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui..... 1 Non 2	Oui..... 1 Non 2	Oui.....1 Non2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui..... 1 Non..... 2

Nom de la formation sanitaire: _____

10.34.	Gestion des médicaments	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non2	Oui.....1 Non2	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui.....1 Non.....2
10.35.	Transport des cas référés	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non2	Oui.....1 Non2	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui.....1 Non.....2
10.36.	Gestion administrative et financière	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non2	Oui.....1 Non2	Oui.....1 Non.....2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui.....1 Non.....2

Nom de la formation sanitaire: _____

Nom du contrôleur : _____ Date : /_/_//_/_//_/_/

Nom de l'opérateur de saisie : _____ Date : /_/_//_/_//_/_/

Enquête sur l'évaluation des formations sanitaires (1ere partie : aspects administratifs et financiers)

Numéro Formation sanitaire				Numéro Enquêteur		No. Operateur de saisie		No. Contrôleur		No. Superviseur	

Id1. Zone sanitaire :		Id2. Département : _____		/ _ / _	
1. Banikoara		/ _ / _	Id3. Commune : _____		/ _ /
2. Zogbodomey-Bohicon-Zakpota			Id4. Arrondissement : _____		/ _ / _
3. Adjohoun-Dangbo-Bonou			Id5. Quartier de ville/ village : _____		/ _ / _
4. Porto-Novo-Sèmè-Kpodji- Aguégué			Id6. Nom de la formation sanitaire : _____		/ _ / _ / _ / _
5. Kouandé- Pehunco-Kerou			Id7. Nom du responsable de l'établissement : _____		/ _ /
6. Lokossa-Athiémé					
7. Ouidah-Kpomassè-Tori					
8. Covè-Ouinhi-Zangnanado					
9. Savalou-Bantè					
10. Savè-Ouèssè					
Id8. Type de milieu :		Urbain	1	Rural	2

LA SECTION SUIVANTE DU QUESTIONNAIRE NE CONCERNE QUE LES FORMATIONS SANITAIRES AYANT UNE PHARMACIE

Vérifier si l'établissement a une pharmacie.

OUI..... CONTINUER LE QUESTIONNAIRE

NON.....FIN DU QUESTIONNAIRE

Ensuite vérifier si l'établissement a participé à l'enquête SONU UNFPA/ Ministère de la Santé.

OUI.....FIN DU QUESTIONNAIRE

NON.....CONTINUER LE QUESTIONNAIRE

SECTION 15 : PHARMACIE

La disponibilité de médicaments doit être observée et évaluée à travers les propos de membres de personnel

Données générales

15.1.	Cet établissement dispose-t-il d'une pharmacie de gros ?	1. Oui 2. Non	
15.2.	Cet établissement dispose-t-il d'au moins une pharmacie de détail ?	1. Oui 2. Non	
15.3.	Cet établissement dispose t-il d'un stock de médicaments ?	1. Oui 2. Non	
15.4.	Quelle est la principale source d'approvisionnement en médicaments de cet établissement ? <i>(Entourer une réponse ; si 2 sources sont d'importance égale, le préciser dans la catégorie « Autre »)</i>	1. CAME 2. Dépôt Répartiteur ZS 3. Pharmacie privée 4. ONG/ Mission 96. Autre (préciser) : _____	
15.5.	Existe-t-il des fiches de stock pour les médicaments dans l'établissement ?	1. Oui 2. Non	Si non, aller à 15.7.
15.6.	Les fiches de stock sont-elles tenues à jour (mises à jour au cours de la semaine écoulée) ? <i>(Vérifier le remplissage effectif des fiches de stock jusqu'à la fin de la semaine précédant le jour de la visite de l'établissement)</i>	1. Oui 2. Non	
15.7.	Cet établissement élabore-t-il ses besoins prévisionnels en médicaments ?	1. Oui 2. Non	
15.8.	Quand est-ce que les commandes de médicaments sont passées ? <i>(Entourer une seule modalité)</i>	1. A une date fixe chaque semaine/mois/trimestre 2. Commande tous les 6 ou 12 mois 3. Quand le « niveau de réapprovisionnement » est atteint 4. Quand le stock est épuisé 5. Jamais (des envois/des troussees arrivent) 6. Quand les moyens sont disponibles 96. Autre (préciser) : _____	

15.9.	Quelle est la principale source d'approvisionnement pour les gants, les seringues et les autres fournitures médicales ? (Entourer une seule modalité)	1. CAME 2. Dépôt répartiteur ZS 3. Pharmacie privée 4. ONG/Mission 96. Autre (préciser) : _____	
15.10	Quelle est la principale source d'approvisionnement pour les fournitures liées à la prévention des infections ? (Entourer une seule modalité)	1. CAME 2. Dépôt répartiteur ZS 3. Pharmacie privée 4. ONG/Mission 96. Autre (préciser) : _____	
15.11.	Quelle est la cause la plus courante de retard d'approvisionnement ? (Entourer une seule réponse)	1. Transport inadéquat 2. Difficultés administratives 3. Problèmes financiers 4. Pénurie de carburant 5. Rupture de stock à la CAME 6. Rupture de stock au dépôt répartiteur ZS 96. Autre (préciser) : _____	
15.12.	La pharmacie de détail (le poste de cession) est-elle accessible 24 h sur 24 ?	1. Oui 2. Non	
15.13.	Les stocks sont-ils gérés selon la méthode du « premier expiré, premier sorti »?	1. Oui 2. Non	
15.14.	Cet établissement utilise-t-il la consommation moyenne mensuelle (CMM) pour la gestion des médicaments ?	1. Oui 2. Non	
15.15.	Y a-t-il un mécanisme en place pour garantir que les médicaments périmés ne sont pas distribués ?	1. Oui 2. Non	
(Pour les questions 15.16 à 15.18, l'enquêteur fait une observation et entoure la réponse correspondante)			

15.16.	Les médicaments sont-ils protégés contre l'humidité, la chaleur, les rayons solaires, les infestations? <i>(Observer l'utilisation d'étagères, de planches, de rideaux et vérifier une bonne ventilation)</i>	1. Oui 2. Non	
15.17.	Cet établissement a-t-il au moins un réfrigérateur électrique / au gaz / pétrole / solaire en état de fonctionnement ? <i>(Observer au moins le réfrigérateur en état de fonctionnement)</i>	1. Oui 2. Non	Si non, aller à 15.19
15.18.	Les médicaments qui doivent être réfrigérés sont-ils conservés dans un réfrigérateur qui fonctionne ? <i>(Observer les médicaments dans le réfrigérateur en état de fonctionnement)</i>	1. Oui 2. Non	

Médicaments essentiels		PHARMACIE DE GROS		PHARMACIE DE DETAIL	
N°	Médicaments	Disponibles		Disponibles	
		Oui	Non	Oui	Non
15.19.	Antibiotiques : Cet établissement a-t-il des antibiotiques ? <i>Non → passer aux anticonvulsivants (Rubrique 15.20)</i>	1	2	1	2
15.19.1	Amoxicilline	1	2	1	2
15.19.2	Ampicilline	1	2	1	2
15.19.3	Céfazoline sodique	1	2	1	2

Médicaments essentiels		PHARMACIE DE GROS		PHARMACIE DE DETAIL	
N°	Médicaments	Disponibles		Disponibles	
		Oui	Non	Oui	Non
15.19.4	Céfixime	1	2	1	2
15.19.5	Ceftriaxone	1	2	1	2
15.19.6	Cefotaxime injectable (pour nouveau-nés)	1	2	1	2
15.19.7	Chloramphénicol (injectable)	1	2	1	2
15.19.8	Ciprofloxacine (Injectable)	1	2	1	2
15.19.9	Clindamycine	1	2	1	2
15.19.10	Cloxacilline sodique	1	2	1	2
15.19.11	Doxycycline	1	2	1	2
15.19.12	Érythromycine	1	2	1	2
15.19.13	Flucloxacilline par voie orale (pour nouveau-nés)	1	2	1	2
15.19.15	Gentamicine (injectable)	1	2	1	2
15.19.15	Nétilmicine (Nétromicyne) injectable	1	2	1	2
15.19.16	Métronidazole (injectable)	1	2	1	2
15.19.17	Pénicilline G (Benzyl)	1	2	1	2
15.19.18	Benzylpénicilline procaïne (procaïne pénicilline G)	1	2	1	2
15.19.19	Triméthoprim/Sulfaméthoxazole/Cotrimoxazole/CTM	1	2	1	2

Médicaments essentiels		PHARMACIE DE GROS		PHARMACIE DE DETAIL	
N°	Médicaments	Disponibles		Disponibles	
		Oui	Non	Oui	Non
15.19.20	Collyre antiseptique ou antibiotique	1	2	1	2
15.20.	Anticonvulsivants : Cet établissement a-t-il des anticonvulsivants ? Non → passer aux antihypertenseurs (Rubrique 15.21)	1	2	1	2
15.20.1	Sulfate de magnésium 52% (injectable)	1	2	1	2
15.20.2	Sulfate de magnésium (injectable) autre que 52%	1	2	1	2
15.20.3	Diazépam (injectable)	1	2	1	2
15.20.4	Midazolam injectable	1	2	1	2
15.20.5	Phénobarbital (injectable)	1	2	1	2
15.20.6	Phénytoïne (diphénylhydantoïne)	1	2	1	2
15.21.	Antihypertenseurs : Cet établissement a-t-il des antihypertenseurs ? Non → passer aux ocytociques (Rubrique 15.22)	1	2	1	2
15.21.1	Clonidine (injectable)	1	2	1	2
15.21.2	Hydralazine (injectable)	1	2	1	2
15.21.3	Hydrochlorothiazide (Comp.)	1	2	1	2
15.21.4	Labétalol (injectable)	1	2	1	2

Médicaments essentiels		PHARMACIE DE GROS		PHARMACIE DE DETAIL	
N°	Médicaments	Disponibles		Disponibles	
		Oui	Non	Oui	Non
15.21.5	Atenolol (Comp.)	1	2	1	2
15.21.6	Méthyldopa (Comp.)	1	2	1	2
15.21.7	Nifédipine (Comp.)	1	2	1	2
15.21.8	Nicardipine (injectable)	1	2	1	2
15.21.9	Méthylergométrine	1	2	1	2
15.21.10	Misoprostol (Cytotec)	1	2	1	2
15.21.11	Oxytocine	1	2	1	2
15.21.12	Prostaglandine E2 (dinoprostone)	1	2	1	2
15.22.	Médicaments d'urgence : Cet établissement a-t-il des médicaments d'urgence ? Non → passer aux Anesthésiques (Rubrique 15.23)	1	2	1	2
15.22.1	Adrénaline (épinéphrine)	1	2	1	2
15.22.2	Nor Adrénaline (Norépinéphrine)	1	2	1	2
15.22.3	Aminophylline	1	2	1	2
15.22.4	Atropine	1	2	1	2
15.22.5	Gluconate de Calcium	1	2	1	2
15.22.6	Digoxine	1	2	1	2

Médicaments essentiels		PHARMACIE DE GROS		PHARMACIE DE DETAIL	
N°	Médicaments	Disponibles		Disponibles	
		Oui	Non	Oui	Non
15.22.7	Diphénhydramine	1	2	1	2
15.22.8	Éphédrine	1	2	1	2
15.22.9	Furosémide	1	2	1	2
15.22.10	Hydrocortisone	1	2	1	2
15.22.11	Naloxone	1	2	1	2
15.22.12	Flumazénil	1	2	1	2
15.22.13	Prostigmine	1	2	1	2
15.22.15	Nitroglycérine	1	2	1	2
15.22.15	Prométhazine	1	2	1	2
15.22.16	Chlorure de potassium	1	2	1	2
15.22.17	Chlorure de sodium	1	2	1	2
15.23	Anesthésiques : Cet établissement a-t-il des anesthésiques ? Non → passer aux Curares (Rubrique 15.24)	1	2	1	2
15.23.1	Halothane	1	2	1	2
15.23.2	Isoflurane	1	2	1	2

Médicaments essentiels		PHARMACIE DE GROS		PHARMACIE DE DETAIL	
N°	Médicaments	Disponibles		Disponibles	
		Oui	Non	Oui	Non
15.23.3	Kétamine	1	2	1	2
15.23.4	Thiopental	1	2	1	2
15.24.	Curares : Cet établissement a-t-il des Curares? Non → passer aux Anesthésiques locaux (Rubrique 15.25)	1	2	1	2
15.24.1	Suxaméthonium 122mg (injectable)	1	2	1	2
15.24.2	Bromure de vécuronium 4mg (injectable)	1	2	1	2
15.25.	Anesthésiques locaux : Cet établissement a-t-il des Anesthésiques locaux? Non → passer aux Analgésiques (Rubrique 15.26)	1	2	1	2
15.25.1	Lidocaïne 2 % ou 1 %	1	2	1	2
15.25.2	Bupivacaïne 2,5% normobare	1	2	1	2
15.25.3	Bupivacaïne 2,5% hyperbare	1	2	1	2
15.26.	Analgésiques : Cet établissement a-t-il des analgésiques ? Non → passer aux Tocolytiques (Rubrique 15.27)	1	2	1	2
15.26.1	Acide acétyl salicylique	1	2	1	2
15.26.2	Indométacine	1	2	1	2
15.26.3	Morphine	1	2	1	2

Médicaments essentiels		PHARMACIE DE GROS		PHARMACIE DE DETAIL	
N°	Médicaments	Disponibles		Disponibles	
		Oui	Non	Oui	Non
15.26.4	Paracétamol	1	2	1	2
15.26.5	Métamizole/ Analgin/ Novalgin	1	2	1	2
15.26.6	Péthidine	1	2	1	2
15.26.7	Fentanyl 2,5mg : 522mcg	1	2	1	2
15.26.8	Sufentanyl 12mcg et 52mcg	1	2	1	2
15.27.	Tocolytiques : Cet établissement a-t-il des tocolytiques ? Non → passer aux corticoïdes (Rubrique 15.28)	1	2	1	2
15.27.1	Ritodrine	1	2	1	2
15.27.2	Salbutamol	1	2	1	2
15.28.	Corticoïdes : Cet établissement a-t-il des corticoïdes ? Non → passer aux Solutés intraveineux (Rubrique 15.29)	1	2	1	2
15.28.1	Bétaméthasone	1	2	1	2
15.28.2	Prednisone	1	2	1	2
15.28.2	Prednisolone	1	2	1	2
15.29.	Solutés intraveineux : Cet établissement a-t-il des solutions intraveineuses ? Non → passer aux Antipaludiques (Rubrique 15.30)	1	2	1	2

Médicaments essentiels		PHARMACIE DE GROS		PHARMACIE DE DETAIL	
N°	Médicaments	Disponibles		Disponibles	
		Oui	Non	Oui	Non
15.29.1	Dextran	1	2	1	2
15.29.2	Glucose 5 %	1	2	1	2
15.29.3	Glucose 10 %	1	2	1	2
15.29.4	Glucose 30%	1	2	1	2
15.29.5	Sérum salé 9/1000	1	2	1	2
15.29.6	Ringer lactate	1	2	1	2
15.29.7	Serum Bicarbonate 15/1000 et 42/1000	1	2	1	2
15.30.	Antipaludiques : Cet établissement a-t-il des antipaludiques ? Non → passer aux Antirétroviraux (Rubrique 15.31)	1	2	1	2
15.30.1	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA)	1	2	1	2
15.30.2	Test de diagnostic rapide	1	2	1	2
15.30.3	Quinine dihydrochloride injectable	1	2	1	2
15.30.3	Sulfadoxine pyriméthamine	1	2	1	2
15.30.4	Fer acide folique	1	2	1	2
15.30.5	Vitamine A	1	2	1	2
15.30.6	Albambazole	1	2	1	2

Médicaments essentiels		PHARMACIE DE GROS		PHARMACIE DE DETAIL	
N°	Médicaments	Disponibles		Disponibles	
		Oui	Non	Oui	Non
15.30.7	Mebeldazole	1	2	1	2
15.30.8	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MIILD)	1	2	1	2
15.31.	Antirétroviraux : Cet établissement a-t-il des antirétroviraux ? Non → passer aux Contraceptifs (Rubrique 15.32)	1	2	1	2
15.31.1	Névirapine comprimé	1	2	1	2
15.31.2	Nevirapine Suspension buvable	1	2	1	2
15.31.3	Duovir (AZT+3TC) comprimé	1	2	1	2
15.31.4	AZT (Zidovudine) comprimé	1	2	1	2
15.31.5	AZT (Zidovudine) Suspension buvable	1	2	1	2
15.31.6	Lamivudine (3TC) comprimé	1	2	1	2
15.31.7	Lamivudine (3TC) Suspension buvable	1	2	1	2
15.31.8	Stavudine (D4T) comprimé	1	2	1	2
15.31.9	Stavudine (D4T) Suspension buvable	1	2	1	2
15.31.10	Triomine (3TC, D4T, Nevirapine)	1	2	1	2
15.31.11	Nelfinavir gelule	1	2	1	2
15.31.12	Nelfinavir Suspension buvable	1	2	1	2

Médicaments essentiels		PHARMACIE DE GROS		PHARMACIE DE DETAIL	
N°	Médicaments	Disponibles		Disponibles	
		Oui	Non	Oui	Non
15.31.13	Kaletra comprimé (Lopinavir/Ritonavir)	1	2	1	2
15.31.15	Kaletra suspension buvable (Lopinavir/Ritonavir)	1	2	1	2
15.31.15	Efavirenz comprimé	1	2	1	2

		PHARMACIE DE GROS		PHARMACIE DE DETAIL	
N°	Médicaments	Disponibles		Disponibles	
		Oui	Non	Oui	Non
15.32.	Contraceptifs : Cet établissement a-t-il des contraceptifs ? Non → passer aux Autres médicaments (Rubrique 15.33)	1	2	1	2
15.32.1	Contraceptifs oraux combinés (Microgynon, lo-femenal)	1	2	1	2
15.32.2	Implants	1	2	1	2
15.32.3	DIU	1	2	1	2
15.32.4	Equilibre	1	2	1	2
15.32.5	Noristérat	1	2	1	2
15.32.6	Pilule Progestative (Ovrette)	1	2	1	2
15.32.7	Préservatifs masculins	1	2	1	2
15.32.8	Préservatifs féminins	1	2	1	2
15.32.9	Contraception d'urgence (Norlevo)	1	2	1	2
15.33	Autres médicaments Les médicaments suivants sont-ils disponibles ?				
15.33.1	Vitamine K1 naturelle (pour le nouveau-né)	1	2	1	2
15.33.2	Métronidazole ovule	1	2	1	2
15.33.3	Nystatine ovule	1	2	1	2

		PHARMACIE DE GROS		PHARMACIE DE DETAIL	
N°	Médicaments	Disponibles		Disponibles	
		Oui	Non	Oui	Non
15.33.4	Nystatine (voie orale) (pour le nouveau-né)	1	2	1	2
15.33.5	Solution de réhydratation orale	1	2	1	2
15.33.6	Violet de Gentiane	1	2	1	2
15.33.7	Sulfate ferreux ou fumarate	1	2	1	2
15.33.8	Acide folique	1	2	1	2
15.33.9	Héparine	1	2	1	2
15.33.10	Enoxaparine sodique 42mg	1	2	1	2
15.33.11	Trisilicate de magnésium	1	2	1	2
15.33.12	Citrate de sodium	1	2	1	2
15.33.13	Sérum antitétanique	1	2	1	2
15.33.15	Vaccin antitétanique (VAT)	1	2	1	2
15.33.15	Vaccin BCG	1	2	1	2
15.33.16	Vaccin Polio	1	2	1	2
15.33.17	Vaccin VTE	1	2	1	2
15.33.18	Immunoglobulines anti D (Sérum Anti-D) 122 microgrammes	1	2	1	2
15.33.19	Immunoglobulines anti D (Sérum Anti-D) 322	1	2	1	2

		PHARMACIE DE GROS		PHARMACIE DE DETAIL	
N°	Médicaments	Disponibles		Disponibles	
		Oui	Non	Oui	Non
	microgrammes				

Rupture de stock			
<i>Poser les questions (15.34 à 15.43) à la pharmacie de gros uniquement</i>			
15.34.	Avez-vous manqué de sulfate de magnésium (injectable) au cours des 12 derniers mois ?	1. Oui 2. Non 99. Non applicable (l'établissement n'a jamais eu ce médicament)	Si non ou non applicable, aller à 15.37
15.35.	À quand remonte la rupture de stock la plus récente de sulfate de magnésium (injectable) ? (Entourer une seule modalité)	1. Aujourd'hui 2. A la semaine dernière 3. Au mois dernier 4. A 3 mois 5. A 6 mois 6. A 12 mois 96. Autre : _____	
15.36.	Combien de temps a duré la rupture de stock ?	1. Un jour 2. Entre 2 et 6 jours 3. Entre 1 et 3 semaines 4. Un mois 5. 3 mois 6. 6 mois 96. Autre : _____	
15.37.	Avez-vous manqué d'ocytocine (injectable) au cours des 12 derniers mois ?	1. Oui 2. Non 99. Non applicable (l'établissement n'a jamais eu ce médicament)	Si non ou non applicable, aller à 15.40

15.38.	À quand remonte la rupture de stock la plus récente d'ocytocine ? (Entourer une seule modalité)	1. Aujourd'hui 2. A la semaine dernière 3. Au mois dernier 4. A 3 mois 5. A 6 mois 6. A 12 mois 96. Autre : _____	
15.39.	Combien de temps a duré la rupture de stock ?	1. Un jour 2. Entre 2 et 6 jours 3. Entre 1 et 3 semaines 4. Un mois 5. 3 mois 6. 6 mois 96. Autre : _____	
15.40.	Avez-vous manqué de Ringer lactate au cours en au cours des 12 derniers mois ?	1. Oui 2. Non 99. Non applicable (l'établissement n'a jamais eu ce médicament)	Si non ou non applicable, aller à 15.43
15.41.	À quand remonte la rupture de stock la plus récente de Ringer lactate ? (Entourer une seule modalité)	1. Aujourd'hui 2. A la semaine dernière 3. Au mois dernier 4. A 3 mois 5. A 6 mois 6. A 12 mois 96. Autre : _____	
15.42.	Combien de temps a duré la rupture de stock ?	1. Un jour 2. Entre 2 et 6 jours 3. Entre 1 et 3 semaines 4. Un mois 5. 3 mois 6. 6 mois 96. Autre : _____	
15.43.	Avez-vous manqué d'Adrénaline au cours des 12 derniers mois ?	1. Oui 2. Non 99. Non applicable (l'établissement n'a jamais eu ce médicament)	Si non ou non applicable, aller à 15.46

15.44.	À quand remonte la rupture de stock la plus récente d'Adrénaline ? (Entourer une seule modalité)	1. Aujourd'hui 2. A la semaine dernière 3. Au mois dernier 4. A 3 mois 5. A 6 mois 6. A 12 mois 96. Autre : _____	
15.45.	Combien de temps a duré la rupture de stock ?	1. Un jour 2. Entre 2 et 6 jours 3. Entre 1 et 3 semaines 4. Un mois 5. 3 mois 6. 6 mois 96. Autre : _____	
15.46.	Avez-vous manqué de Ciprofloxacine injectable en 2009 ?	1. Oui 2. Non 99. Non applicable (l'établissement n'a jamais eu ce médicament)	Si non ou non applicable, fin du questionnaire
15.47.	À quand remonte la rupture de stock la plus récente de Ciprofloxacine ? (Entourer une seule modalité)	1. Aujourd'hui 2. A la semaine dernière 3. Au mois dernier 4. A 3 mois 5. A 6 mois 6. A 12 mois 96. Autre : _____	
15.48.	Combien de temps a duré la rupture de stock ?	1. Un jour 2. Entre 2 et 6 jours 3. Entre 1 et 3 semaines 4. Un mois 5. 3 mois 6. 6 mois 96. Autre : _____	

Nom du contrôleur : _____

Date : /_/_//_/_//_/_/

Nom de l'opérateur de saisie : _____

Date : /_/_//_/_//_/_/

