



ÉVALUATION RAPIDE DES BESOINS EN SONU AU CAMEROUN 2015

QUESTIONNAIRE FORMATION SANITAIRE

Les informations collectées au cours de cette enquête sont strictement confidentielles au terme de la loi N° 91/023 du 16 décembre 1991 sur les recensements et enquêtes statistiques.

CE QUESTIONNAIRE DOIT ETRE ADMINISTRE DE PREFERENCE AU RESPONSABLE DE LA MATERNITE

PARTIE 1 : IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT ET DE INFRASTRUCTURE

SECTION 1. Identification de l'établissement

Q101	NOM DE L'ETABLISSEMENT _____	(EN MAJ)
Q102	NUMERO SEQUENTIEL DE L'ETABLISSEMENT _____	_ _ _
Q103	NOM DU QUARTIER/VILLAG : _____	
Q104	RÉGION : _____	_ _
Q105	DEPARTEMENT : _____	_ _
Q106	ARRONDISSEMENT : _____	_ _ _
Q107	DISTRICT DE SANTÉ : _____	_ _ _

B – COORDONNEES GEOGRAPHIQUES (COORDONNEES GPS)

Le C.I.E. doit être précisé dans l'unité GPS quand les coordonnées sont inscrites dans l'appareil. Celles-ci doivent être également indiquées ci-dessous. Prendre les coordonnées GPS à la grille d'entrée de l'établissement.

Q108 : Latitude (degrés décimaux)	Q109 : Longitude (degrés décimaux)
_ _ _ _ . _ _ _ _ _ (N ou S)	_ _ _ _ . _ _ _ _ _ (E ou O)
Q110 : Elévation	Q111 : Exactitude
_ _ _ _ mètres	± _ _ _ mètres

C– RENSEIGNEMENTS SUR LA COLLECTE

Q112	NOM ET CODE ENQUETEUR : _____	_ _
Q113	NOM ET CODE SUPERVISEUR : _____	_ _
Q114	DATE DE L'ENQUETE : _____	_ _ _ _ 1 5_
Q115	RESULTAT DE LA COLLECTE : _____ 1 REMPLI 2 PAS DE RÉPONDANT QUALIFIÉ PRESENT À LA FOSA LORS DU PASSAGE DE L'ENQUÊTEUR 3 REFUSÉ 4 PARTIELLEMEN REMPLI 6 AUTRE (à préciser)	_ _

D – RENSEIGNEMENTS SUR LA SAISIE

Q116	SUPERVISEUR DE SAISIE : _____	<input type="text"/>
Q117	AGENT DE SAISIE : _____	<input type="text"/>
Q118	DATE DE SAISIE : _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

SECTION 2. RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT

1	ZONE D'IMPLANTATION DE L'ETABLISSEMENT 1=URBAINE 2=RURALE	<input type="text"/>
2	Type de Formation Sanitaires (FS) : 1=Hôpitaux généraux 2= Hôpitaux centraux 3= Hôpitaux régionaux 4= Hôpitaux de district 5= CMA 6= centre de santé intégré 7= Autres _____	<input type="text"/>
3	Type d'organisme exploitant: 1=ÉTAT 2=PRIVE (a but lucratif) 3=PRIVE CONFESIONNEL 4=Autre _____	<input type="text"/>

SECTION 3. MATÉRIEL ET INFRASTRUCTURE

4	La Formation Sanitaire dispose-t-elle des services suivants :? 1=OUI 2=NON	
	a. salle de travail	<input type="text"/>
	b. salle d'accouchement	<input type="text"/>
	d. salle de suite de couches	<input type="text"/>
	e. bloc opératoire	<input type="text"/>
	f. unité de soins du nouveau-né	<input type="text"/>
	G. Coin du nouveau-né en salle d'accouchement	<input type="text"/>
	H. Coin Kangourou	<input type="text"/>
	i. banque/dépôt de sang	<input type="text"/>
	j. laboratoire	<input type="text"/>
K. laboratoire et banque/dépôt de sang dans une même salle	<input type="text"/>	
l. salle de consultation prénatale	<input type="text"/>	
5	Nombre de lits réservés exclusivement aux clientes du service d'obstétrique ? (<i>inscrire le nombre</i>)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Y-a-t-il des berceaux dans la salle de suite de couches ? 1=OUI 2=NON	<input type="text"/>
7	Combien de tables d'accouchement y a-t-il dans cette FS? (<i>inscrire le nombre</i>)	<input type="text"/> <input type="text"/>
8	Combien de tables chauffantes y a-t-il dans cette FS? (<i>inscrire le nombre</i>)	<input type="text"/> <input type="text"/>
9	Cette FS dispose-t-elle de source permanente d'électricité pour fonctionner? 1=OUI 2=NON	<input type="text"/>
10a	cette FS dispose-t-elle de source alternative d'électricité pour fonctionner? 1=OUI 2=NON	<input type="text"/>

SECTION 4. SERVICES DE BASE

10b	La Formation Sanitaire dispose-t-elle des services suivants :? 1=OUI 2=NON	1=OUI	
	a. la CPN recentrée		_
	b. des soins post-natals		_
	c. la chirurgie obstétricale (ex. la césarienne)		_
	d. l'anesthésie générale		_
	e. la rachianesthésie		_
	f. Est-ce que cette FS assure les prestations de soins obstétricaux 24 h/24 et 7 jours/7?		_
	g. Est-ce que cette FS assure les prestations de soins néonataux d'urgence 24 h/24 et 7 jours/7?		_
	h. Est-ce que cet établissement dispose de moyens d'évacuation d'urgences obstétricales et néonatales ?		_
	i. Cette FS dispose-t-elle d'un moyen de communication (téléphone fixe, flotte, radio) ?		_

PARTIE 2. RESSOURCES HUMAINES

INSTRUCTIONS :

- Posez les questions sur :
L'effectif général du personnel au responsable de l'établissement ou à l'administrateur. 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 détient pas toutes les informations, adressez-vous à la personne responsable du bloc opératoire

- Les enquêteurs doivent obtenir une réponse à la première question (« Ce type de personnel travaille-t-il actuellement dans cet établissement ? »), puis poser les questions 2 et 3 pour la première catégorie de personnel de santé avant de passer à la catégorie suivante. Quand vous entamer « **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).
- À la page suivante, 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.

SECTION 1. DOTATION GENERALE EN PERSONNEL

1.1. DISPONIBILITE DU PERSONNEL

N°	Fonction/service phare	Obstétricien/ Gynécologue	Pédiatre	Médecin généraliste	Chirurgien	Médecin Formé en chirurgie (SONUC) obst	Sage-femme	IDE accoucheur	Infirmière	Aide soignant	Anesthésiste	Technicien de laboratoire	Autres personnels
10c	Ce type d'employé travaille-t-il actuellement dans cette FS ? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si à la question précédente la réponse est oui allez à la colonne suivante</i>													
11	Combien sont employés dans cette FS à l'heure actuelle ? (inscrire leur nombre)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	Combien de bénévoles sont actuellement en fonction dans cette FS ? (diplômés non rémunérés actuellement) ? (inscrire leur nombre)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12a	Est-ce que ce personnel a été formé en soins essentiels et réanimation du nouveau-né ? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N°	Fonction/service phare	Obstétricien/ Gynécologue	Pédiatre	Médecin généraliste	Chirurgien	Médecin Formé en chirurgie (SONUC) obst	Sage-femme	IDE accoucheur	Infirmière	Aide soignant	Anesthésiste	Technicien de laboratoire	Autres personnels
	Est-ce que ce personnel a été formé en SONU ? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Lundi –vendredi: dans la journee ? 1=oui 0=Non 2=De garde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Lundi – vendredi: de nuit ? 1=oui 0=Non 2=De garde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Samedi + dimanche et jours fériés dans la journee ? 1=oui 0=Non 2=De garde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Samedi + dimanche et jours fériés de nuit ? 1=oui 0=Non 2=De garde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2. FONCTION SIGNALETIQUE

N°	Fonction/service phare	Obstétricien/ Gynécologue	Pédiatre	Médecin	Chirurgie n généralist e	Médecin CCD	Sage- femme	Infirmière	Anesthésiste
17	Est-ce que ce type de personnel est accessible et disponible en cas d'urgence 24/24 et 7/7 (jours ouvrables et jours non ouvrables) 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Administration d'antibiotiques par voie parentérale ? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Administration d'agents utérotoniques, par voie parentérale? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Administration d'anticonvulsivants par voie parentérale? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Extraction manuelle du placenta ? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) ? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Accouchements assistés par ventouse? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Accouchements assistés par forceps? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Réanimation néonatale avec ballon et masque? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Transfusion sanguine? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Chirurgie obstétricale (césarienne) ? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Accouchement normal assisté par un personnel qualifié? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29	Corticothérapie en cas de MAP? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>							
30	Administration d'agents utérotoniques – ocytociques (misoprostol, oxytocine) par voie sublinguale, rectale ou vaginale? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>							
	Soins essentiels ? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>							
<i>Soins essentiels</i>									
31	Pratique d'anesthésie, rachianesthésie? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>							
32	Soins immédiats aux nouveau-nés ? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>							
33	Soins prénatals recentrés ? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>							
34	planification familiale ? 1=oui 0=Non	<input type="checkbox"/>							

PARTIE 3. RECAPITULATIF DE DONNEES DE L'ÉTABLISSEMENT

Instructions : Ces données serviront à la mesure des indicateurs SONU et autres indicateurs de la santé de la mère et du nouveau-né. Consulter le/les sources d'information disponibles dans l'établissement et préciser le nombre de cas pour chaque catégorie et pour chaque mois. Le cas échéant, demander l'aide du responsable de la FS pour des éclaircissements

SECTION 1 : REGISTRES ET SOURCES DES DONNEES

Demandez en outre si les registres ci-dessous sont utilisés dans cette FS pour les soins maternels et néonataux. Demandez s'il y a d'autres registres non mentionnés

35	Ce registre est-il utilisé dans l'établissement ? 1=OUI 0=NON	
	a. Registre d'accouchement	<input type="checkbox"/>
	b. Registre du bloc opératoire	<input type="checkbox"/>
	c. Registre des décès maternels	<input type="checkbox"/>
	d. Registre de la CPN	<input type="checkbox"/>
	e. Registre de la CPON	<input type="checkbox"/>
	f. Registre de SAA	<input type="checkbox"/>
g. Autre (préciser).....	<input type="checkbox"/>	
36	Toutes les colonnes du registre sont-elles remplies ? 1=OUI 0=NON 2= Info non disponible	
	a. Registre d'accouchement	<input type="checkbox"/>
	b. Registre du bloc opératoire	<input type="checkbox"/>
	c. Registre des décès maternels	<input type="checkbox"/>
	d. Registre de la CPN	<input type="checkbox"/>
	e. Registre de la CPON	<input type="checkbox"/>
	f. Registre de SAA	<input type="checkbox"/>
g. Autre (préciser).....	<input type="checkbox"/>	
37	Les données sont-elles à jour sur ces registres et supports d'information ? 1=OUI 0=NON 2= Info non disponible	
	a. Registre d'accouchement	<input type="checkbox"/>
	b. Registre du bloc opératoire	<input type="checkbox"/>
	c. Registre des décès maternels	<input type="checkbox"/>
	d. Registre de la CPN	<input type="checkbox"/>
	e. Registre de la CPON	<input type="checkbox"/>
f. Registre de SAA	<input type="checkbox"/>	

g. Autre (préciser).....

Données relatives aux indicateurs (préciser le nombre de cas pour chaque catégorie)

N°	Année	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Soins prénatals													
38	Consultations prénatales	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
Soins post-natals													
39	Consultations post-natales	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
Accouchements													
40	Accouchements spontanés	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
41	Accouchements assistés par ventouse	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
42	Accouchements assistés par forceps	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
43	Césariennes (programmées ou d'urgence)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
44	Laparotomies (en cas de rupture utérine)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
Soins après avortement (SAA) et planification familiale													
45	Nombre de cas SAA (sans complications graves)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□

N°	Année	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
46	Femmes quittant l'établissement avec une méthode moderne de planification familiale après un avortement	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
47	Femmes quittant l'établissement avec une méthode moderne de planification familiale après un accouchement	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
Complications obstétricales directes													
48	Hémorragie de l'antépartum	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
49	Hémorragie du post-partum	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
50	Rétention du placenta	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
51	Travail prolongé/dystocique	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
52	Rupture utérine	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
53	Infection sévère du post-partum	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
54	Pré-éclampsie sévère/éclampsie	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
55	Complications de l'avortement (hémorragie et/ou infection sévère)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
56	Grossesse extra-utérine	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
57	<u>Autres complications obstétricales directes*</u>	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
Complications obstétricales indirectes													
58	Paludisme	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
59	Complication liée au VIH/SIDA	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□

N°	Année	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
60	Anémie sévère	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
61	Hépatite	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
62	<u>Autres complications indirectes**</u>	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
Décès maternels dus à des causes obstétricales directes													
63	Hémorragie de l'antépartum	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
64	Hémorragie du post-partum	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
65	Rétention du placenta	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
66	Travail prolongé/dystocique	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
67	Rupture utérine	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
68	Infection sévère du post-partum	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
69	Pré-éclampsie sévère/éclampsie	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
70	Complications de l'avortement	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
71	Grossesse extra-utérine	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
72	<u>Autres décès maternels dus à des directes ***</u>	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
Décès maternels dus à des causes obstétricales indirectes													
73	Paludisme	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
74	Complication liée au VIH/SIDA	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
75	Anémie sévère	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
76	Hépatite	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□

N°	Année	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
77	<u>Autres complications indirectes****</u>	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
Décès maternels dus à des causes inconnues ou non spécifiées													
78	Causes inconnues/non spécifiées	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
Résultats pour les nouveau-nés (naissances dans l'établissement)													
79	Naissances vivantes ≥ 2,5 kg	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
80	Déclaration de naissance	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
81	Nouveau-nés de faible poids à la naissance (< 2,5 kg ; naissances vivantes uniquement)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
82	Mort-nés	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
Décès néonataux très précoces													
83	Décès néonataux très précoces (dans un délai de 24 heures, ≥ 2,5 kg)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
84	Décès néonataux très précoces (dans un délai de 24 heures, faible poids, < 2,5 kg.)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
85	Décès néonataux très précoces (dans un délai de 24 heures, poids à la naissance non précisé)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□

* Exemples d'autres complications directes : rupture prématurée des membranes, menace d'accouchement prématuré, post-maturité, césarienne antérieure, procidence du cordon et grossesses multiples.

** Exemples d'autres complications indirectes : typhoïde, cardiopathies, diabète (y compris le diabète gestationnel), tuberculose (TB), etc.

** Exemples d'autres complications indirectes : typhoïde, cardiopathies, diabète (y compris le diabète gestationnel), tuberculose (TB), etc.

rrrrr

N°	Année	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
----	-------	-------	------	------	-------	-----	------	---------	------	-------	------	------	------

*** Exemples de causes de décès maternels dus à d'autres causes directes : embolie, anesthésie, suicide, tc.

*** Exemples de décès maternels dus à d'autres complications indirectes : cardiopathies, diabètes (y compris le diabète gestationnel), tuberculose, etc.

SECTION 4. QUALITE DES DONNEES DU REGISTRE

	Question	Toutes les colonnes du registre sont-elles remplies ? 1=OUI 0=NON 2= Info non disponible	Les données sont-elles à jour ? 1=OUI 0=NON 2= Info non disponible
86	Sur la base de vos observations, concluez-vous du registre de la salle d'accouchement ?	_	_
87	Sur la base de vos observations, concluez-vous du registre du bloc opératoire ?	_	_

Partie 4. FONCTIONS SONU ET AUTRES SERVICES ESSENTIELS

N°	Item	Réponse
Fonction essentielle 1 : Administration d'antibiotiques par voie parentérale		
88	Des antibiotiques ont-ils été administrés par voie parentérale au cours des 3 derniers mois ? 1= Oui 0= Non	_
Fonction essentielle 2 : Administration d'utérotoniques		
89	Des utérotoniques/ocytociques ont-ils été administrés par voie parentérale au cours des 3 derniers mois ? 1= Oui 0= Non <i>si Non allez à 91</i>	_
90	Si des utérotoniques/ocytociques ont été administrés par voie parentérale au cours des 3 derniers mois, de quel type d'utérotoniques s'agissait-il ? 1= Ocytocine 2=Ergométrine 3= Les deux 4= Autre (à préciser) _____	_
91	Le misoprostol est-t-il été utilisé dans cette FS pour des indications obstétricales ? 1= Oui 0= Non	_
Fonction essentielle 3 : Administration d'anticonvulsivants par voie parentérale		
92	Des anticonvulsivants ont-ils été administrés par voie parentérale au cours des 3 derniers mois ? 1= Oui 0= Non <i>si Non allez à 94</i>	_
93	Si des anticonvulsivants ont été administrés par voie parentérale au cours des 3 derniers mois, de quel type s'agissait-il ? 1=Sulfate de magnésie 2=Diazépam 3=Les deux 4=Phénobarbital 5= Autre (à préciser) _____	_
Fonction essentielle 4 : Extraction manuelle du placenta		
94	Délivrance artificielle et RU/a-t-elle été pratiquée au cours des 3 derniers mois ? 1= Oui 0= Non	_
Fonction essentielle 5 : Évacuation des produits résiduels		
95	L'évacuation des produits résiduels a-t-elle été pratiquée au cours des 3 derniers mois ? 1= Oui 0= Non <i>si Non allez à 97</i>	_

N°	Item	Réponse
96	Si l'évacuation des produits résiduels a été pratiquée au cours des 3 derniers mois, quelle méthode a été utilisée : 1= Oui 0= Non <i>(lire les options)</i> a. Aspiration intra-utérine b. Dilatation et curetage (D&C) c. Curage digital (D&E) d. Misoprostol	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fonction essentielle 6 : Accouchement assisté par voie basse		
97	L'accouchement assisté par voie basse (ventouse ou forceps) a-t-il été pratiqué au cours des 3 derniers mois ? 1= Oui 0= Non <i>si Non allez à 99</i>	<input type="checkbox"/>
98	Si l'accouchement assisté par voie basse a été pratiqué au cours des 3 derniers mois, quel instrument a été utilisé ? 1=Ventouse 2=Forceps 3=Les deux	<input type="checkbox"/>
Fonction essentielle 7 : Réanimation du nouveau-né		
99	La réanimation du nouveau-né avec ballon et masque a-t-elle été pratiquée au cours des 3 derniers mois ? 1= Oui 0= Non	<input type="checkbox"/>
Fonction essentielle 8 : Chirurgie obstétricale (césarienne)		
100	Une césarienne a-t-elle été pratiquée au cours des 3 derniers mois ? 1= Oui 0= Non <i>si Non allez à 102</i>	<input type="checkbox"/>
101	Quel type d'anesthésie est utilisé actuellement quand une césarienne est pratiquée ? <i>(lire les options à voix haute)</i> 1= Oui 0= Non a. générale b. spinale/épidurale c. kétamine d. autre <i>(à préciser)</i>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fonction essentielle 9 : Transfusions sanguines		
102	Une transfusion sanguine a-t-elle été pratiquée au cours des 3 derniers mois ? 1= Oui 0= Non <i>si Non allez à 104</i>	<input type="checkbox"/>
103	Si une transfusion sanguine a été pratiquée au cours des 3 derniers mois, indiquer l'origine du sang transfusé : 1= Oui 0= Non <i>(lire les options)</i> a. Banque centrale du sang b. Banque du sang dans cette FS c. Un parent ou des amis ont fait un don de sang, quand le besoin s'est présenté d. Autre <i>(à préciser)</i>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

4.1. AUTRES SERVICES LIES A LA SANTE MATERNELLE

N°	Item	Réponse
104	Est ce que le personnel pratique de manière systématique la gestion active de la troisième phase du travail ? <i>1= Oui 0= Non</i>	<input type="checkbox"/>
105	Un partogramme a-t-il été utilisé pour gérer le travail au cours des 3 derniers mois ? <i>1= Oui 0= Non</i>	<input type="checkbox"/>
106	Les soins essentiels sont-ils été prodigués à un prématuré ou à un nouveau-né de faible poids à la naissance au cours des 3 derniers mois ? <i>1= Oui 0= Non</i>	<input type="checkbox"/>
107	Votre FOSA a-t-elle utilisé une corticothérapie pour MAP (moins de 34 SA) au cours des 3 derniers mois ? <i>1= Oui 0= Non</i>	<input type="checkbox"/>
108	Est-ce que la FS a utilisé la méthode de soins Kangourou au cours des 3 derniers mois ? <i>1= Oui 0= Non</i>	<input type="checkbox"/>
109	L'établissement fournit-il des services de contraception aux femmes après un avortement ? <i>1= Oui 0= Non</i>	<input type="checkbox"/>

5. Disponibilité du matériel médical, consommable et autre produits

5.1. Disponibilité du matériel médical

N°	Item	Réponse
110	la formation sanitaire utilise-t-elle des Kits d'accouchement? <i>1= Oui 0= Non</i> <i>si Non allez à 112</i>	<input type="checkbox"/>
111	Si oui, y a-t-il des ruptures de stock ? <i>1= Oui 0= Non</i>	<input type="checkbox"/>
112	Combien de boîtes d'accouchement sont disponibles au niveau de la FS ?	<input type="text"/>
113	Combien de boîtes césariennes sont disponibles au niveau de la FS ?	<input type="text"/>
114	Combien de Kit césarienne sont disponibles au niveau de la FS ?	<input type="text"/>
115	Est-ce que la formation dispose de stérilisateur en état de fonctionnement ? <i>1= Oui 0= Non</i>	<input type="checkbox"/>
116	Est-ce que le matériel de réanimation du nouveau-né est disponible au niveau de la FS (Masque, ballon, matériel d'aspiration aspirateur+sonde)? <i>1= Oui 0= Non</i>	<input type="checkbox"/>
117	Est-ce que la FS dispose de matériel de soins essentiels pour nouveau-né (antiseptique pour soins cordon, pommade/collyre ophtalmique, vit K1) <i>1= Oui 0= Non</i>	<input type="checkbox"/>
118	Est-ce que la FS dispose d'une table chauffante ? <i>1= Oui 0= Non</i>	<input type="checkbox"/>
119	Est-ce que la FS dispose d'oxygène ? <i>1= Oui 0= Non</i>	<input type="checkbox"/>

5.2. Disponibilité Médicament

N°	Item	Réponse 1= Oui 0= Non
Antibiotiques injectables		
120	Gentalline/ gentamycine	<input type="checkbox"/>
121	metronidazole	<input type="checkbox"/>
122	Ceftriaxone/ Cefotaxime pour infection neonatale	<input type="checkbox"/>
Antiseptique pour le nouveau-né		
123	Chlorexidine 7,1%	<input type="checkbox"/>
Anticonvulsivants		
124	Sulfate de magnésie	<input type="checkbox"/>
125	Diazepam	<input type="checkbox"/>
126	Phénobarbital (nouveau-né)	<input type="checkbox"/>
Utero toniques		
127	Synthocinone/ ocytocine	<input type="checkbox"/>
128	Misoprostol	<input type="checkbox"/>
129	Ergometrine	<input type="checkbox"/>
Antipaludéens		
130	ACT	<input type="checkbox"/>
131	Sels de quinine	<input type="checkbox"/>
Contraceptifs		
133	Oraux	<input type="checkbox"/>
134	DIU	<input type="checkbox"/>
135	implant	<input type="checkbox"/>
136	Injectable	<input type="checkbox"/>
Antirétroviraux		
137	ARV pour la mère	<input type="checkbox"/>
138	ARV nouveau-né	<input type="checkbox"/>

5.3. Disponibilité environnement de soins

N°	Item	Réponse
139	Est-ce que le savon est disponible en ce moment dans la FS ? 1= Oui 0= Non	<input type="checkbox"/>
140	A quelle fréquence, le savon est-il disponible dans la zone de lavage de l'unité d'accouchement ? 1= Toujours 2=Souvent 3=Rarement 4=Jamais	<input type="checkbox"/>
141	Est-ce que le Eau de javel est disponible en ce moment dans la FS ? 1= Oui 0= Non	<input type="checkbox"/>
142	Est-ce que le Matériel de protection est disponible en ce moment dans la FS ? 1= Oui 0= Non	<input type="checkbox"/>
143	Est-ce que la FS dispose de Poubelles ? 1= Oui 0= Non	<input type="checkbox"/>

N°	Item	Réponse
144	La formation sanitaire dispose t- elle d'un comité d'hygiène (formelle / informelle) ? <i>1= Oui 0= Non</i> <i>si Non allez à 146</i>	_
145	Si Oui, veuillez indiquer à qu'elle fréquence se réunit-il ? 1= Hebdomadaire 2= Mensuelle 3=Trimestrielle 4=Autres Précisez _____	_
146	Quelle est la source principale d'approvisionnement en eau utilisée par la maternité ? 1=Eau de surface (rivière, lacs) 2=Eau courante (canalisation) accessible dans la maternité 3=Eau courante (canalisation) accessible au sein de la structure de santé 4=Fontaine publique 5=Forage 6=Puit moderne (protégé) 7=Pas de source d'eau 8=Autres (Précisez)	_
147	À quelle fréquence l'approvisionnement en eau est-il interrompu : 1= Jamais 2= Rarement (si ce cas, Veuillez indiquer la source alternative dans ce cas :) 3=Souvent (si ce cas Veuillez indiquer la source alternative dans ce cas :) 5=Toujours (si ce cas Veuillez indiquer la source alternative dans ce cas :)	_
148	L'eau courante est-elle disponible en permanence (24 heures) dans l'unité / salle d'accouchement : <i>1= Oui 0= Non</i> <i>si Oui allez à 150</i>	_
149	Si non, veuillez indiquer comment l'eau pour le lavage des mains est mise à la disposition du staff médical :	_
150	Y-a-t-il une formation sur l'eau, hygiène et l'assainissement dispensée au staff non-médical non impliqué dans les soins directs aux patients (par exemple: l'entretien, le nettoyage ...) <i>1= Oui 0= Non</i> <i>si Non allez à 152</i>	_
151	Si oui, veuillez indiquer quand a été conduite la dernière séance de formation ? 1= mois de 3 mois 2= entre 3 et 6 mois 3= entre 6 et 12 mois 4= plus de 12 mois	_
152	Des latrines fonctionnelles sont-elles disponible pour les femmes en accouchement ? <i>1= Oui 0= Non</i> <i>si Non allez à 154</i>	_
153	Si oui, Veuillez préciser le nombre de latrines fonctionnelle :	_ _

N°	Item	Réponse
154	Combien de fois par jours les toilettes des salles d'accouchement sont-elles nettoyées? 1=Une fois 2= Deux fois 3= Plus de deux fois 4= Selon les besoins (quand nécessaire) 5=Autres Veuillez préciser :	<input type="checkbox"/>
155	L'unité/salle d'accouchement est-elle nettoyée après chaque accouchement ? <i>1= Oui 0= Non</i>	<input type="checkbox"/>
156	Y a-t-il des protocoles / procédures documenté (écrits) disponibles dans la maternité pour les domaines suivants : <i>1= Oui 0= Non</i> a. Lavage des mains b. Approvisionnement en eau (qualité, quantité) c. Nettoyage / propreté des espaces d. Gestion des déchets	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>