

THE DHS PROGRAM - ENQUÊTE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ	
OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE L'ENFANT MALADE	
1. IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE SANITAIRE	
TYPE DE QUESTIONNAIRE	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> M
NUMERO DE LA STRUCTURE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE [DE LA LISTE DE PERSONNEL]	<input type="text"/> <input type="text"/>
CODE DU CLIENT (A PARTIR DE LA LISTE DES CLIENTS)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. INFORMATION SUR LE PRESTATAIRE	
Catégorie de Prestataire: PRESTATAIRE TYPE 1 01 PRESTATAIRE TYPE 2 02 PRESTATAIRE TYPE 3 03 PRESTATAIRE TYPE 4 04 PRESTATAIRE TYPE 5 05 PRESTATAIRE TYPE 6 06 PRESTATAIRE TYPE 7 07 PRESTATAIRE TYPE 8 08 PRESTATAIRE TYPE 9 09 AUTRE 96	CATÉGORIE PRESTATAIRE <input type="text"/> <input type="text"/>
SEXE DU PRESTATAIRE: (1=Masculin; 2=Féminin)	SEXE DU PRESTATAIRE <input type="text"/>
3. Information sur l'Observation	
Date:	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nom de l'observateur: _____	CODE OBSERVATEUR <input type="text"/> <input type="text"/>

4. OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE L'ENFANT MALADE																			
NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A																
<p>AVANT D'OBSERVER LA CONSULTATION, OBTENEZ LA PERMISSION DU PRESTATAIRE DE SERVICE ET DU (DE LA) CLIENT(E). ASSUREZ-VOUS QUE LE PRESTATAIRE SAIT QUE VOUS N'ÊTES PAS LA POUR L'EVALUER, ET QUE VOUS N'ÊTES PAS UN EXPERT A CONSULTER PENDANT LA SESSION.</p>																			
<p>A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente [AGENCE D'EXECUTION]. Nous faisons une enquête auprès des structures sanitaires au [PAYS] dans le but de trouver des moyens d'améliorer l'offre des services. Je voudrais observer votre consultation avec ce(tte) client(e) afin de comprendre comment les services aux enfants malades sont fournis dans cette structure.</p> <p>Les informations de cette observation sont confidentielles. Ni votre nom ni celui de la cliente ne seront enregistrés. L'information collectée pendant cette observation pourra être utilisée par le [MINISTERE DE LA SANTE] ou autres institutions en vue de l'amélioration des services ou pour la recherche en services de santé; cependant, ni votre nom ni ceux de vos clients ne seront saisis dans aucune base des données.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Si, à n'importe quel moment, vous vous sentez gênés, vous pouvez me demander de partir. Cependant, nous espérons que le fait que nous observons votre consultation ne vous dérange pas.</p> <p>Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> <p>Signature de l'enquêteur _____</p> <p>(indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)</p> <table border="1" style="float: right;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">JOUR</td> <td colspan="2">MOIS</td> <td colspan="3">ANNÉE</td> <td></td> </tr> </table>								2	0	2		JOUR		MOIS		ANNÉE			
				2	0	2													
JOUR		MOIS		ANNÉE															
100	ENREGISTREZ SI LA PERMISSION A ETE DONNÉE PAR LE PRESTATAIRE.	OUI 1 NON 2	FIN																
<p>A LIRE A LA CLIENTE: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente [AGENCE D'EXECUTION]. Nous faisons une enquête sur les prestations des services de santé au [PAYS]. Je voudrais être présent pendant que vous recevez des services aujourd'hui, afin de comprendre comment les services aux enfants malades sont fournis dans cette structure.</p> <p>Nous ne sommes pas entrain d'évaluer le [INFIRMIER/DOCTEUR/PRESTATAIRE] ou la Structure en particulier. Et même si les informations de cette observation pourront être fournies aux chercheurs pour des analyses, ni votre nom ni la date de service seront divulgués, ainsi votre identité et n'importe quelle information sur vous demeureront complètement confidentielles.</p> <p>Sachez que si vous décidez de me permettre d'assister pour observer votre visite c'est de manière complètement volontaire et que vous acceptiez de participer ou non n'affectera pas les services que vous recevrez. Si, à un moment quelconque, vous souhaitez que je quitte la consultation, n'hésitez surtout pas à me le dire.</p> <p>Après la consultation, mon collègue souhaiterait parler avec vous au sujet de votre expérience aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser? Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> <p>Signature de l'enquêteur _____</p> <p>(indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)</p>																			
101	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ETE DONNÉE PAR L'ACCOMPAGNATEUR.	OUI 1 NON 2	FIN																
102	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'OBSERVATION	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td></td><td></td><td>:</td><td></td><td></td> </tr> </table>			:														
		:																	
103	EST-CE LA PREMIERE OBSERVATION POUR CE PRESTATAIRE DE CE SERVICE?	OUI 1 NON 2																	
104	INDIQUEZ LE SEXE DE L'ENFANT. POSEZ LA QUESTION AU PRESTATAIRE POUR CONFIRMEZ LE SEXE DE L'ENFANT	MASCULIN 1 FEMININ 2																	

5. INTERACTION ENTRE LE PRESTATAIRE ET L'ACCOMPAGNATEUR ET L'ENFANT		
NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
HISTOIRE DU CLIENT		
105	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI L'ACCOMPAGNATEUR A MENTIONNÉ QUE L'ENFANT A EU L'UN OU L'AUTRE DES SYMPTOMES PRINCIPAUX SUIVANTS	
01	fièvre	A
02	Toux ou respiration difficile (ex. une respiration rapide ou tirage sous-costal)	B
03	Diarrhée	C
04	Douleur ou écoulement à l'oreille	D
05	Aucun des symptômes ci-dessus	Y
106	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI L'ACCOMPAGNATEUR A MENTIONNÉ L'UN OU L'AUTRE DES SIGNES GÉNÉRAUX DE DANGER SUIVANTS	
01	Enfant est incapable de boire ou de téter	A
02	Enfant vomit tout	B
03	Enfant a eu des convulsions avec cette maladie	C
04	Aucun des signes ci-dessus	Y
107	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A ÉVALUÉ LES SYMPTOMES D'UNE SUSPICION D'UNE INFECTION PAR LE VIH EN DEMANDANT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSSES SUIVANTES:	
01	Le statut sérologique de la mère	A
02	Une tuberculose chez l'un des parents dans les 5 dernières années	B
03	Deux ou plusieurs épisodes de diarrhée chez l'enfant, durant chacune 14 jours ou plus	C
04	Aucune des choses ci-dessus	Y
EXAMENS PHYSIQUES		
108	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UN OU L'AUTRE DES EXAMENS PHYSIQUES CI-APRÈS SUR L'ENFANT MALADE	
01	Pris la température de l'enfant en utilisant un thermomètre	A
02	Touché l'enfant pour sentir la chaleur du corps/ fièvre	B
03	Compté le rythme respiratoire	C
04	Ausculté l'enfant (écouter la poitrine avec le stéthoscope) ou compter les impulsions	D
05	Examiné la peau pour voir s'il y a déshydratation ou non (ex. pincer la peau de l'abdomen)	E
06	Vérifié la pâleur en regardant les paumes	F
07	Vérifié la pâleur de la conjonctive ou la bouche	G
08	Vérifié la bouche et la gorge (également pour la candidose buccale)	H
09	Vérifié la raideur de la nuque	I
10	Regardé dans l'oreille de l'enfant	J
11	Vérifié derrière l'oreille de l'enfant	K
12	Déshabillé l'enfant pour l'examiner (des épaules/aux chevilles)	L
13	Pressé les deux pieds pour vérifier la présence d'œdème	M
14	Pesé l'enfant	N
15	Reporté le poids sur le diagramme de croissance	O
16	Vérifié l'élargissement des nœuds lymphatiques dans 2 ou plusieurs des sites suivants: cou, les aisselles, l'aîne	P
17	Aucun des examens ci-dessus	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
AUTRES EXAMENS		
109	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE OU PROCEDE OU NON A D'AUTRES EXAMENS RELATIFS A LA SANTE DE L'ENFANT EN FAISANT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES:	
01	Offert à l'enfant quelque chose à boire ou demander à la mère de mettre l'enfant au sein SI L'ENFANT BOIT OU PREND LE SEIN PENDANT LA VISITE, CECI COMPTE EN TANT QUE « OUI »	A
02	Interrogé sur les habitudes alimentaires ou pratiques normales lorsque l'enfant n'est pas malade	B
03	Interrogé sur les habitudes d' allaitement ou pratiques normales lorsque l'enfant n'est pas malade	C
04	Interrogé sur des pratiques alimentaires ou d'allaitement de l'enfant pendant cette maladie	D
05	Mentionné le poids ou la croissance de l'enfant à l'accompagnateur, ou discuté le diagramme de croissance	E
06	Regardé la carte de vaccination de l'enfant ou interroger l'accompagnateur au sujet des vaccinations	F
07	Demandé si l'enfant a reçu de la vitamine A durant les 6 derniers mois	G
08	Regardé la carte de santé de l'enfant avant de commencer la consultation, ou tout en rassemblant les informations de l'accompagnateur, ou en examinant l'enfant CE DOCUMENT PEUT ÊTRE UNE CARTE DE VACCINATION OU AUTRE CARTE DE SANTÉ	H
09	A écrit sur la carte santé de l'enfant	I
10	Demandé si l'enfant a reçu un médicament de déparasitage dans les 6 derniers mois	J
11	Aucun des examens ci-dessus	Y
CONSEILS A L'ACCOMPAGNATEUR		
110	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES	
01	Fourni des informations générales sur l'alimentation ou l'allaitement de l'enfant même lorsqu'il n'est pas malade	A
02	Dit à l'accompagnateur de donner des liquides supplémentaires à l'enfant pendant cette maladie	B
03	Dit à l'accompagnateur de continuer d'alimenter l'enfant pendant cette maladie	C
04	Dit à l'accompagnateur que l'enfant a telle maladie	D
05	Décrit les signes et/ou les symptômes pour lesquels l'enfant devrait être immédiatement ramené à la structure.	E
06	Utilisé une aide visuelle pour éduquer l'accompagnateur	F
07	Aucun des conseils ci-dessus	Y
DES CONSEILS SUPPLEMENTAIRES		
111	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES IL S'AGIT UNIQUEMENT DES MÉDICAMENTS QUE L'ACCOMPAGNATEUR DONNERA A L'ENFANT A LA MAISON ET NE COMPREND PAS LES PREMIERES DOSES OU DES MEDICAMENTS DONNÉ A L'ENFANT PENDANT LA CONSULTATION (EX. SRO OU ANTIDOULEURS) POUR UN TRAITEMENT IMMEDIAT DES SYPMTOMES.	
01	Prescrit ou fourni des médicaments par voie orale pendant ou après consultation	A
02	Expliqué la façon d'administrer un traitement oral	B
03	Demandé l'accompagnateur de répéter les instructions pour l'administration de médicaments à la maison	C
04	A donné la première dose du traitement oral	D
05	Discuté de la visite de suivi de l'enfant malade	E
06	Aucun des conseils ci-dessus	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS		CODES
RÉFÉRENCES ET HOSPITALISATION			
112	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES		
01	RECOMMANDÉ QUE L'ENFANT SOIT HOSPITALISÉ URGEMMENT (C.À.D. ADMIS A L'HÔPITAL OU RÉFÉRÉ À UN AUTRE HÔPITAL)	A	
02	RÉFÉRÉ L'ENFANT À UN AUTRE PRESTATAIRE AU SEIN DE LA STRUCTURE POUR D'AUTRES SOINS	B	
03	RÉFÉRÉ L'ENFANT POUR UN TEST EN LABORATOIRE AU SEIN DE LA STRUCTURE OU EN DEHORS DE LA STRUCTURE	C	
04	EXPLIQUÉ LA RAISON DE LA RÉFÉRENCE	D	
05	A DONNÉ UNE FICHE DE RÉFÉRENCE À L'ACCOMPAGNATEUR	E	
06	EXPLIQUÉ OÙ (OU CHEZ QUI) ALLER	F	
07	LE PRESTATAIRE A EXPLIQUÉ QUAND ALLER POUR LA RÉFÉRENCE	G	
08	RIEN DE CE QUI EST DIT CI-HAUT	Y	
113	QUEL A ÉTÉ LE RÉSULTAT DE LA CONSULTATION? [THIS IS THE POINT WHEN THE OBSERVATION IS CONCLUDED]	TRAITÉ ET RENVOYÉ CHEZ LUI. . . 1 ENFANT RÉFÉRÉ CHEZ PREST-ATAIRE, MÊME STRUCTURE. . . 2 ENFANT ADMIS, MÊME STRUCTURE. 3 ENFANT ENVOYÉ AU LABO. 4 ENFANT RÉFÉRÉ À UNE AUTRE STRUCTURE. 5	

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
6. DIAGNOSTIC		
DEMANDEZ AU PRESTATAIRE DE VOUS DIRE LE DIAGNOSTIC POUR L'ENFANT MALADE. SI LA DESHYDRATATION ETAIT DIAGNOSTIQUEE, DEMANDEZ SI ELLE ETAIT GRAVE, MODERE, OU MINEUR ET NOTEZ LA REPONSE APPROPRIEE. POUR TOUTE AUTRE DIAGNOSTIC, ENCERCLEZ LE DIAGNOSTIC FAITE.		
DIAGNOSTIC (OU SYMPTOME PRINCIPAL, SI AUCUN DIAGNOSTIC)		
201	DESHYDRATATION	
	DESHYDRATATION SEVERE. 1	
	DESHYDRATATION MODERE. 2	
	DESHYDRATATION MINEURE. 3	
	AUCUN DES SYMPTOMES CI-HAUT/PAS DE DESHYDRATION. 4	
202	SYSTEME RESPIRATOIRE	
	PNEUMONIE / BRONCHO-PNEUMONIE A	
	SPASME BRONCHIQUE/ASTHME. B	
	INFECTION RESPIRATOIRE SUPERIEURE (IRS)/INFECTION RESPIRATOIRE AIGUE (IRA) C	
	MALADIE RESPIRATOIRE, DIAGNOSTIC INCERTAIN. D	
	TOUX, DIAGNOSTIC INCERTAIN. E	
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-HAUT. Y	
203	SYSTEME DIGESTIF / INTESTINAL	
	DIARRHEE. A	
	DYSENTERIE. B	
	AMIBIASE. C	
	DIARRHEE AIGUE PERSISTANTE D	
	AUTRE DIGESTIFS / INTESTINALE (PRECISEZ)..... X	
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-HAUT. Y	
204	PALUDISME	
	PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR SYMPTOMES)..... 1	
	PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR TEST MICROSC)..... 2	
	PALUDISME (DISGNOSTIC PAR TEST RAPID)..... 3	
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-HAUT. 4	
205	FIEVRE/ROUGEOLE	
	FIEVRE D'ORIGINE INCONNUE. 1	
	ROUGEOLE SANS COMPLICATIONS. 2	
	ROUGEOLE AVEC COMPLICATIONS (EX. BOUCHE / YEUX OU GRAVE). 3	
	FIEVRE TYPHOIDE 4	
	INFECTION URINAIRE 5	
	SEPTICEMIE 6	
	MENINGITE 7	
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-HAUT. 8	
206	L'OREILLE	
	MASTOIDITE. A	
	INFECTION AIGUE DE L'OREILLE. B	
	INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE. C	
	AUTRE INFECTION DE L'OREILLE. X	
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-HAUT. Y	
207	LA GORGE	
	PHARYNGITE/ANGINE. 1	
	AUTRE DIAGNOSTIC POUR GORGE (SPECIFIEZ)..... 2	
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-HAUT. 3	
208	AUTRE DIAGNOSTIC	
	ABCES A	
	CONJONCTIVITE B	
	INFECTION DE LA PEAU C	
	AUTRE DIAGNOSTIC (SPECIFIEZ)..... X	
	PAS D'AUTRE DIAGNOSTIC. Y	

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
7. TRAITEMENT		
DEMANDEZ A PROPOS DU TRAITEMENT QUI A ETE PRESCRIT OU FOURNI. INSISTEZ SI NECESSAIRE		
209	Avez-vous prescrit un traitement aujourd'hui pour cet enfant? SI OUI, ENCERCLEZ TOUS LES TRAITEMENTS QUI ONT ETE PRESCRIT OU FOURNI A L'ENFANT AUX QUESTIONS CI-APRES	OUI..... 1 NON..... 2 → 215
210	GENERAL TREATMENT	
01	INJECTION DEBENZATHINE PENICILLINE	A
02	INJECTION D'AUTRE ANTIBIOTIQUE	B
03	AUTRE INJECTION	C
04	CO-TRIMOXAZOLE COMPRIMES	D
05	CO-TRIMOXAZOLE SIROP	E
06	CAPSULES D'AMOXICILLINE	F
07	AMOXICILLINE SIROP	G
08	AUTRE ANTIBIOTIQUE COMPRIMES/SIROP	H
09	PARACETAMOL	I
10	AUTRES ANTIPYRETIQUES	J
11	ZINC	K
12	VITAMINES (AUTRES QUE LA VITAMINE A)	L
13	SIROPS CONTRE LA TOUX/AUTRES MEDICAMENTS	M
14	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-HAUT	Y
211	RESPIRATOIRE	
01	NEBULISEUR OU INHALATEUR	A
02	BRONCHODILATEUR INJECTABLE (EX.ADRENALINE)	B
03	BRONCHODILATEUR ORAL	C
04	OREILLE SECHEE PAR DES TIGES MONTEES	D
05	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-HAUT	Y
212	PALUDISME	
01	QUININE INJECTABLE	A
02	ARTHEMETER/ARTESUNATE INJECTABLE	B
03	AUTRES INJECTABLES ANTIPALUDIQUES (EX, FANSIDAR, ARTEMETHER)	C
04	ARTHEMETER/ARTESUNIATE EN SUPPOSITOIRE	D
05	CTA ORAL	C
06	ARTHEMETER/ARTESUNIATE EN COMPRIME	D
07	COMPRIMES D'AMODIAQUINE	E
08	COMPRIME DE FANSIDAR	F
09	QUININE ORALE	G
10	AUTRE ANTIPALUDEEN ORAL	H
11	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-HAUT	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS		CODES
213	DESHYDRATATION		
01	SRO MAISON (PLAN A)		A
02	SRO INITIAL DANS LA STRUCTURE (4 HEURES - PLAN B)		B
03	SERUMS INTRAVEINEUX (PLAN C)		C
04	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-HAUT		Y
214	AUTRE TRAITEMENT & CONSEILS		
01	VITAMINE A (PEUT AUSSI ETRE POUR L'IMMUNISATION)		A
02	CONSOMMATION DES ALIMENTS SOLIDES		B
03	PRISE DES LIQUIDES SUPPLEMENTAIRES		C
04	PRISE DU LAIT MATERNEL		D
05	A PRESCRIT / DONNE COMPRIMES VERMIFUGES		E
06	TOUT AUTRE TRAITEMENT _____		X
07	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-HAUT		Y
DEMANDEZ AU PRESTATAIRE			
215	Est-ce [NOM] première visite à cette structure pour cette maladie, ou est-ce une visite de suivi?	PREMIÈRE VISITE 1 SUIVI 2 NE SAIT PAS..... 8	
216	Avez-vous vacciné l'enfant au cours de cette visite ou référer l'enfant pour la vaccination aujourd'hui autre que Supplémentation en VITAMINE A? SI NON: POURQUOI ?	OUI, A VACCINE ENFANT.....1 OUI, A REFERE 2 PAS ENCORE TEMPS DE DONNER LE VACCIN 3 VACCIN NON DISPONIBLE.....4 ENFANT TROP MALADE.....5 CE N'EST PAS LE JOUR DE LA VACCINATION..... 6 N'A PAS VERIFIE POUR LA VACCINATION..... 7 NE MANQUE PAS DE VACCIN A COMPLETE VACCINATIONS 8	
217	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'OBSERVATION.	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
Commentaires de l'Observateur:			