4. Observation of Family Planning Consultation

ENGLISH

NO.	QUESTIONS	CODING CLASSIFICATION		GO TO
`01	Facility Number	☐☐		
`02	Provider Number	☐☐		
`03	Client Number	☐☐		
`04	Type of provider	Medical Doctor	1	
		Medical assistant	2	
		Registered nurse	3	
		Midwife	4	
		Auxilliary birth assistant	5	
		Other	96	
`05	Provider sex	Male	1	
		Female	2	

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES

CLIENT HISTORY

101	INDICATE BELOW WHETHER THE PROVIDER ASKED ABOUT OR THE CLIENT VOLUNTEERED INFORMATION ON THE FOLLOWING ITEMS:	
01	Last delivery date or age of youngest child	A
02	Last menstrual period (assess if currently pregnant)	B
03	Breastfeeding status	C
04	Regularity of menstrual cycle	D

CLIENT HISTORY

102	CLIENT'S PERSONAL INFORMATION AND REPRODUCTIVE HISTORY. INDICATE BELOW WHETHER THE PROVIDER ASKED ABOUT OR THE CLIENT VOLUNTEERED INFORMATION ON THE FOLLOWING ITEMS:	
01	Age of client	A
02	Number of living children	B
03	Desire for a child or more children	C
04	Desired timing for birth of next child	D

PHYSICAL EXAMINATION

103	RECORD WHETHER THE PROVIDER PERFORMED ANY OF THE FOLLOWING PHYSICAL EXAMINATIONS OR ASKED ANY OF THE FOLLOWING HEALTH QUESTIONS:	
01	Took the client's blood pressure	A

02	Weighed the client	B
03	Asked the client about his/her smoking habits	C
04	Asked the client about symptoms of STIs (e.g., abnormal vaginal/urethral discharge)	D
05	Asked the client about any chronic illnesses (heart disease, diabetes, hypertension, liver disease, or breast cancer)	E

PARTNER AND STIS

104	RECORD WHETHER THE PROVIDER DISCUSSED ANY OF THE FOLLOWING ISSUES RELATED TO SEXUAL PARTNERS AND CHOICE OF FAMILY PLANNING METHOD.	
01	Partner's attitude toward family planning (in favor of, or against idea of family planning)	A
02	Partner status (number of client's sexual partners, or of client's partner; periods of partner's absence)	B
03	Client's perceived risk of STIs/HIV	C
04	Use of condoms to prevent STIs/HIV	D
05	Using condoms along with another method (dual method) to prevent both pregnancy and STIs/HIV	E

QUESTIONS/CONCERNS

105	RECORD WHETHER THE PROVIDER OR CLIENT DID ANY OF THE FOLLOWING	
01	Provider asked client is he/she had questions or concerns regarding current method	A
02	Client expressed concerns about method, or asked questions about method, including possible side effects of method.	B

PRIVACY/CONFIDENTIALITY

106	RECORD WHETHER THE PROVIDER TOOK ANY OF THE FOLLOWING STEPS TO ASSURE THE CLIENT OF PRIVACY	
01	Ensured visual privacy	A
02	Ensured auditory privacy	B
03	Assured the client orally of confidentiality	C

METHODS PROVIDED OR PRESCRIBED

107 **VERIFY METHOD WITH PROVIDER AND INDICATE WHICH METHOD(S) WERE EITHER** PROVIDED OR PRESCRIBED DURING THIS VISIT. IF CONDOMS WERE EITHER PRESCRIBED OR PROVIDED FOR USE ALONG WITH ANOTHER METHOD, CIRCLE BOTH METHODS.

IF CLIENT IS CONTINUING CLIENT WHO RECEIVED REFILLS FOR PILLS, REPEAT INJECTION, OR REPLACEMENT FOR IUCD DURING THIS VISIT, CIRCLE THE METHOD THAT WAS REPLENISHED IN COLUMN B.

	METHOD	(A) PRESCRIBED TO BE FILLED LATER/DIFFERENT LOCATION	(B) PROVIDED TO CLIENT IN FACILITY
01	COMBINED ORAL PILL	A	A

02	PROGESTIN-ONLY ORAL PILL	B	B
03	ORAL PILL (TYPE UNSPECIFIED)	C	C
04	COMBINED INJECTABLE (MONTHLY)	D	D
05	PROGESTIN-ONLY INJECTABLE (2 OR 3-MONTHLY)	E	E
06	MALE CONDOM	F	F
07	FEMALE CONDOM	G	G
08	IUCD	H	H
09	IMPLANT	I	I
10	EMERGENCY CONTRACEPTION	J	J
11	CYCLE BEADS FOR STANDARD DAYS METHOD	K	K
12	COUNSELING ON PERIODIC ABSTINENCE	L	L
13	VASECTOMY (MALE STERILIZATION)	M	M
14	TUBAL LIGATION (FEMALE STERILIZATION)	N	N
15	LACTATIONAL AMENORHEA	O	O
16	OTHER (E.G., SPERMICIDE, DIAPHRAGM)	X	X

108	CHECK Q107: ARE "A", "B", "C", "D" OR "E" CIRCLED IN EITHER OR BOTHCOLUMNS? YES ☐ NO ☐ →	110
109	**PILLS OR INJECTIONS**	
01	When to take (pill daily; injection either every month or every 2 or 3 months)	A
02	Changes that may occur with menstruation (decreased flow or amenorrhea, spotting)	B
03	Initial side effects that may occur (such as nausea, weight gain, and breast tenderness)	C
04	What to do if forget pill or do not get injection on time	D
05	Method does not protect against STIs, including HIV	E
06	Should return to clinic if side effects appear or persist	F
110	CHECK Q107: ARE "F" OR "G" CIRCLED IN EITHER OR BOTH COLUMNS? YES ☐ NO ☐ →	112
111	**CONDOMS**	
01	Client cannot use if allergic to latex	A
02	Each condom can be used only one time	B
03	Some lubricants may be used (male condom— water soluble only; female condom —any lubricant)	C
04	Can be used as backup method if client fears other method will fail	D
05	Dual protection (from pregnancy and against STIs, including HIV)	E
112	CHECK Q107: IS "H" CIRCLED IN EITHER OR BOTH COLUMNS? YES ☐ NO ☐ →	114
113	**INTRAUTERINE CONTRACEPTIVE DEVICE (IUCD)**	
01	Good for up to 5 years or 12 years	A
02	Should return to the clinic 3-6 weeks post insertion or after first menses	B
03	Common side effects that may occur (heavy bleeding for first few months post insertion, spotting or mild abdominal cramps)	C
04	Should return to clinic if side effects continue	D
05	User should regularly check strings after each menstruation	E
06	Method does not protect against STIs, including HIV	F
114	CHECK Q107: IS "I" CIRCLED IN EITHER OR BOTH COLUMNS? YES ☐ NO ☐ →	116
115	**IMPLANTS**	
01	Good for 3-5 years	A
02	Changes that may occur with menstruation (irregular bleeding, decreased flow, spotting)	B

03	Initial side effects that may occur (such as nausea, weight gain, breast tenderness)	C
04	Should return to clinic if side effects continue	D
05	Method does not protect against STIs, including HIV	E

116 CHECK Q107: IS "J" CIRCLED IN EITHER OR BOTH COLUMNS?

YES ☐ NO ☐ → 118

117	**EMERGENCY CONTRACEPTION**	
01	Take another dose if vomit within 2 hours of taking a dose	A
02	Return for pregnancy check if period is unusually light or fails to occur within 4 weeks	B
03	First dose to be taken within 120 hours of unprotected sexual contact	C
04	Second dose should be taken 12 hours after first dose	D
05	Not for routine contraception and therefore regimen not to be repeated or taken more than three times in any one month	E
06	Method does not protect against STIs, including HIV	F

118 CHECK Q107: IS "K" OR "L" CIRCLED IN EITHER OR BOTH COLUMNS?

YES ☐ NO ☐ → 120

119	**PERIODIC ABSTINENCE OR STANDARD DAYS METHOD**	
01	How to identify a woman's fertile period	A
02	No intercourse during woman's fertile period without alternative method (condom)	B
03	Method does not protect against STIs, including HIV	C

120 CHECK Q107: IS "M" CIRCLED IN EITHER COLUMN "A" OR COLUMN "B"?

YES ☐ NO ☐ → 122

121	**VASECTOMY**	
01	Partner is protected from pregnancy after 3 months or after 30 ejaculations	A
02	Use of a back-up method for the next 3 months	B
03	Procedure intended to be permanent; slight risk of failure	C
04	Warning signs that may occur after surgery (severe pain, tenderness, bleeding)	D
05	Should return to clinic if experience warning signs	E
06	Method does not protect against STIs, including HIV	F

122 CHECK Q107: IS "N" CIRCLED IN EITHER OR BOTH COLUMNS?

YES ☐ NO ☐ → 124

123	**FEMALE STERILIZATION**	
01	Protect from pregnancy immediately	A
02	Procedure intended to be permanent, slight risk of failure	B
03	Warning signs that may occur after surgery (severe pain, light-headedness, fever, bleeding, missed periods)	C
04	Should return to clinic if experience warning sign	D
05	Method does not protect against STIs, including HIV	E

124 CHECK Q107: IS "O" CIRCLED IN EITHER OR BOTH COLUMNS?

YES ☐ NO ☐ →

	YES ☐	NO →	126
125	**LACTATIONAL AMENORRHEA (LAM)**		
01	Slight risk of pregnancy during the time shortly before regular menstruation resumes		A
02	Must be exclusively (or near-exclusively) breastfeeding		B
03	Not effective after menstruation begins again		C
04	Infant must be less than 6 months		D
05	Method does not protect against STIs, including HIV		E

ADDITIONAL PROVIDER ACTIONS

126	RECORD WHETHER THE PROVIDER DID ANY OF THE FOLLOWING	
01	Look at client's health card at any time before beginning the consultation, while collecting information or while examining the client	A
02	Wrote on the client's health card	B
03	Used any visual aids for health education or counseling about family planning methods	C
04	Discussed a return visit	D

RESPECTFUL CARE

130	During the consultation did the provider do the following ?	
01	Use language that is dignified	A
02	Use harsh tone, shouting, facial expression that made the woman uncomfortable	B
03	Treat the client in a way that violated her confidentiality	C
04	Treat the client in a way that violated her privacy	D

CONFIRM WITH PROVIDER

131	CONFIRM THE FOLLOWING WITH THE PROVIDER AT THE END OF THE CONSULTATION. CHECK THE CLIENT CARD OR REGISTER IF NECESSARY.		
01	Has this client had any previous contact with a family planning provider in this facility?	YES. . . . . 1 NO. . . . . 2 DON'T KNOW. 8	
02	Has this client ever been pregnant?	YES. . . . . 1 NO. . . . . 2 DON'T KNOW. 8	

5. CLINICAL OBSERVATION

201	INDICATE WHICH OF THE FOLLOWING PROCEDURES WAS CONDUCTED DURING THIS VISIT		
01	PELVIC EXAMAMINATION	A	
02	IUCD INSERTION AND/OR REMOVAL OR IUCD CHECKUP	B	
03	INJECTABLE GIVEN	C	
04	IMPLANT INSERTION AND/OR REMOVAL	D	

202	IS THE CLINICAL PROVIDER THE SAME PERSON WHO PROVIDED COUNSELLING?	YES . 1 NO . 0	→ 206

READ TO PROVIDER: Hello, I am representing the CERA Group. We are conducting a study of health facilities, with the goal of finding ways to improve the delivery of services. I would like to observe the procedure you will conduct with this client. [Ms. ___] has agreed that she has no objection to my presence. Observing all components of the services provided to [Ms. ___] will help us to better understand how health services are provided.

Any information relating to this procedure will be completely confidential. If, at any point, you would prefer I leave, please feel free to tell me.

Do you have any questions for me? Do I have your permission to be present during this procedure?

Interviewer's signature

(Indicates respondent's willingness to participate)

		2	0	2
DAY	MONTH	YEAR		

203	RECORD WHETHER PERMISSION WAS RECEIVED FROM THE PROVIDER.	YES . 1 NO . 2	→ 301
204	RECORD THE TYPE OF PROVIDER PROVIDING MOST OF THE CLINICAL EXAMINATION.	Medecin 01 Assistant medical . . . . . 02 Infirmier 03 Sage-femme 04 Accoucheuse auxiliaire 05 Other 96 (SPECIFY)	
205	RECORD THE SEX OF THE PROVIDER CONDUCTING THE CLINICAL EXAMINATION.	MALE . 1 FEMALE 2	

6. PELVIC EXAMINATION

206	**CHECK Q201:** WAS A PELVIC EXAMINATION CONDUCTED?	YES. . . . . 1 NO. 0	→ 210

BEFORE PROCEDURE

207	RECORD WHETHER THE PROVIDER DID ANY OF THE FOLLOWING BEFORE PROCEDURE	
01	Ensured that client had visual privacy	A
02	Ensured that client had auditory privacy	B
03	Explained procedure to client before starting	C
04	Prepared all instruments before starting procedure	D
05	Washed hands with soap and water or disinfected hands before starting procedure	E
06	Put on latex gloves before starting procedure	F

DURING PROCEDURE

208	RECORD WHETHER THE PROVIDER DID ANY OF THE FOLLOWING DURING PROCEDURE	
01	Used sterilized or high level disinfected (HLD) instruments	A
02	Asked the client to take slow deep breaths and to relax muscles	B

03	Inspected the external genitalia	C
04	Explained speculum procedure to client (if speculum used)	D
05	Inspected the cervix and vaginal mucosa (using speculum and light)	E
06	Performed a bimanual examination (TWO FINGERS IN VAGINA, OTHER HAND PALPATING ABDOMEN)	F

AFTER PROCEDURE

209	RECORD WHETHER THE PROVIDER DID ANY OF THE FOLLOWING AFTER THE PROCEDURE	
01	Removed gloves	A
02	Washed or disinfected hands after removing gloves	B
03	Wiped contaminated surfaces with disinfectant	C
04	Placed reusable instruments in chlorine-based disinfecting solution immediately after the procedure	D

7. IUCD INSERTION AND/OR REMOVAL

210	**CHECK 201:** WAS AN IUCD EITHER INSERTED OR REMOVED?	IUCD INSERTION . A IUCD REMOVAL . B IUCD CHECKUP. . . . . C NONE OF THE ABOVE. . . . . Y	→ 215

BEFORE PROCEDURE

211	RECORD WHETHER THE PROVIDER DID ANY OF THE FOLLOWING BEFORE PROCEDURE.	
01	Ensured that client had visual privacy	A
02	Ensured that client had auditory privacy	B
03	Explained procedure to client before starting	C
04	**(FOR NEW CLIENT)** Reconfirmed client choice of method	D
05	**(FOR NEW CLIENT)** Confirmed client is not pregnant	E
06	Prepared all instruments before starting procedure	F
07	Washed or disinfected hands before starting procedure	G
08	Put on latex gloves before starting procedure	H
09	Clean cervix and vagina with antiseptic	I

DURING PROCEDURE

212	RECORD WHETHER THE PROVIDER DID ANY OF THE FOLLOWING DURING PROCEDURE.	
01	Performed a bimanual examination (TWO FINGERS IN VAGINA, OTHER HAND PALPATING ABDOMEN)	A
02	Conducted a speculum examination before performing bimanual examination	B
03	Inspected the cervix and vaginal mucosa (USING SPECULUM AND LIGHT)	C
04	Used a tenaculum	D
05	Sounded the uterus before inserting IUCD	E

06	Explained any of the above procedures	F
07	Used the no-touch technique for IUCD insertion	G
08	Used sterilized or high level disinfected (HLD) instruments	H

AFTER PROCEDURE

213	RECORD WHETHER THE PROVIDER DID ANY OF THE FOLLOWING AFTER PROCEDURE.	
01	Removed gloves	A
02	Washed or disinfected hands after removing gloves	B
03	Asked client to wait and rest for 5 minutes after inserting IUCD	C
04	Wiped contaminated surfaces with disinfectant	D
05	Placed reusable instruments in chlorine-based disinfecting solution immediately after the procedure	E

CLIENT - PROVIDER INTERACTION

214	RECORD WHETHER THE PROVIDER DID ANY OF THE FOLLOWING AFTER PROCEDURE.	
01	Client told that IUCD is good for up to 5 or 12 years	A
02	Client instructed to return to the clinic 3 to 6 weeks after insertion or after first menses	B
03	Client instructed to regularly check the strings after each menstruation	C
04	Client told she may experience side effects (e.g., heavy bleeding for first few months, spotting, or mild abdominal cramps)	D
05	Client instructed to return to clinic if side effects persisted	E
06	Client provided with a card stating the date IUCD was inserted and the follow-up date	F
07	**(IF IUCD REMOVED)**: Show the removed IUCD to client	G

8. INJECTABLE CONTRACEPTIVES

215	**CHECK Q201:** WAS AN INJECTABLE CONTRACEPTIVE GIVEN?	YES . 1 NO . 0	→ 220

BEFORE PROCEDURE

216	RECORD WHETHER THE PROVIDER DID ANY OF THE FOLLOWING BEFORE PROCEDURE.	
01	(With a **new client**) Reconfirmed the client's choice of method	A
02	(With a **new client**) Verified that client was not pregnant	B
03	(**Continuing client**) Checked the client's card to ensure giving injection at correct time	C
04	Ensured visual privacy	D
05	Ensured auditory privacy	E
06	Washed/disinfected hands before giving the injection	F
07	Prepared injection in area with clean table or tray to set items on	G

DURING PROCEDURE

217	RECORD WHETHER THE PROVIDER DID ANY OF THE FOLLOWING DURING PROCEDURE	
01	(**If using disposables**) Used new syringe and needle from a sterile sealed pack	A
02	Opened new packet of syringe and needle	B
03	Removed needle from multiple dose vial each time	C
04	Stirred or mixed the bottle *before* drawing dose (Depo)	D
05	Cleaned and air-dried the injection site *before injection*	E
06	Drew back plunger *before* giving injection	F
07	Allowed dose to self-disperse instead of massaging the site	G
08	Throw sharp objects in a receptacle that prevents being pricked by needle	H

AFTER PROCEDURE

218	RECORD WHETHER THE PROVIDER DID ANY OF THE FOLLOWING AFTER THE PROCEDURE		
01	Disposed of sharps in puncture-resistant container (not overflowing or pierced)		A
02	Tell client not to massage injection site		B
03	Tell the client when to come back for her next injection		C
219	INDICATE WHETHER THE NEEDLE AND SYRINGE WERE PROVIDED BY THE FACILITY OR PROVIDED BY THE CLIENT.	PROVIDED BY FACILITY. . . . . 1 PROVIDED BY CLIENT. . . . . 2 DON'T KNOW. 8	

9. IMPLANT INSERTION AND/OR REMOVAL

220	CHECK 201: WERE IMPLANTS EITHER INSERTED OR REMOVED?	IMPLANT INSERTION. . . . . . IMPLANT REMOVAL. . . . . . NONE OF THE ABOVE.	A B Y	→ 301

BEFORE PROCEDURE

221	RECORD WHETHER THE PROVIDER DID ANY OF THE FOLLOWING BEFORE PROCEDURE.	
01	(With a **new client**) Reconfirmed the client's choice of method	A
02	(With a **new client**) Verified that client was not pregnant	B
03	Ensured visual privacy	C
04	Ensured auditory privacy	D
05	Explained the procedure to client before starting	E
06	Prepared all instruments before the procedure	F
07	Used sterilized or high-level disinfected instruments	G
08	Washed/disinfected hands *before* the procedure	H
09	Put on sterile gloves and maintain sterility during insertion	I

DURING PROCEDURE

222	RECORD WHETHER THE PROVIDER DID ANY OF THE FOLLOWING DURING PROCEDURE.	
01	Cleaned skin where incision was made with antiseptic	A
02	Used sterile towel to protect area	B
03	Used new or sterilized needle and syringe for local anesthetic	C
04	Allowed time for local anesthetic to take effect prior to making incision	D

AFTER PROCEDURE

223	RECORD WHETHER THE PROVIDER DID ANY OF THE FOLLOWING AFTER PROCEDURE.	
01	Disposed of sharps in puncture-resistant containers	A
02	Wiped contaminated surfaces with disinfectant	B
03	Placed instruments in a chlorine solution immediately after completing the procedure	C
04	Removed gloves	D
05	Washed/disinfected hands *after* removing gloves	E
06	Explained care of incision area and removal of the bandage	F
07	Discussed return visit to remove plaster	G

PROVIDER/CLIENT INTERACTION

224	RECORD WHETHER THE PROVIDER DID ANY OF THE FOLLOWING.	
01	Client instructed that the implant is good for 3-5 years (# OF YEARS DEPENDS ON TYPE)	A
02	Client told about possible menstrual changes and/or side effects	B
03	Client told about other (NON-MENSTRUAL) side effects such as nausea, weight gain, or breast tenderness	C
04	Client instructed to return to clinic if side effects persisted	D
05	**(IN THE CASE OF REMOVAL):** Client shown each implant stick that was removed and assured that all have been removed	E
06	Provided client with a card stating date that implant was inserted and date when implant should be removed	F

225	INDICATE WHETHER THE NEEDLE AND SYRINGE WERE PROVIDED BY THE FACILITY OR PROVIDED BY THE CLIENT.	PROVIDED BY FACILITY. . . . . 1 PROVIDED BY CLIENT. . . . . 2 DON'T KNOW. 8	

10. CLIENT'S FAMILY PLANNING STATUS

TO BE ASKED OF PROVIDER AFTER CONSULTATION

AFTER THE CONSULTATION, ASK THE PROVIDER THE FOLLOWING QUESTIONS

301	What was the client's family planning status at the beginning of this consultation?	CURRENT USER . 1 NONUSER, USED IN PAST . 2 → 304 NONUSER, NO PAST USE . 3 → 304 NOT DETERMINED . 8 → 304	
302	What was the client's principal reason for the visit?	RESUPPLY/ROUTINE FOLLOW-UP . 1 DISCUSS PROBLEM WITH METHOD. . . . . 2 DESIRE TO CHANGE METHOD (NO PROBLEM). . . . . 3 DESIRE TO DISCONTINUE FP (NO PROBLEM). . . . . 4 DISCUSS OTHER PROBLEM. . . . 5	
303	What was the outcome of the visit? (FOR CURRENT USER)	CONTINUED WITH CURRENT METHOD . 1 → 305 SWITCHED METHOD . 2 → 305 PLANNED METHOD SWITCH, NOT RECEIVED TODAY, CONTINUED USE OF CURRENT METHOD . 3 → 305 PLANNED METHOD SWITCH, NOT RECEIVED TODAY, DISCONTINUED CURRENT METHOD . 4 → 305 DECIDED TO STOP USING FAMILY PLANNING . 5 → 306	
304	What was the outcome of the visit? (IF NOT A CURRENT USER)	ACCEPTED TO START METHOD . 1 DID NOT DECIDE ON METHOD 2 → 306	
305	Did the client leave the facility with a method? IF NO, RECORD THE REASON THE CLIENT DID NOT RECEIVE METHOD.	YES, LEFT WITH METHOD . 1 NO, METHOD NOT IN STOCK . . 2 NO, REQUIRES APPOINTMENT. . . . . 3 NO, DELAY RECEIVING DUE TO HEALTH PROBLEM . . . 4 NO, PREGNANCY STATUS UNCERTAIN . 5 OTHER. 6	
306	INDICATE WHETHER THE PROVIDER WROTE IN OR ON AN INDIVIDUAL CLIENT'S CARD	YES . 1 NO . 2	

	AFTER THE CONSULTATION.	NO INDIVIDUAL CARD USED . . 3 DON'T KNOW . 8	
307	The providerasked the client if they were referred within the facility	YES . 1 NO . 2 Not applicable 9	
308	The provider hased to see the ISBC reference card	YES . 1 NO . 2 Not applicable 9	

4. OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE PLANIFICATION FAMILIALE

FRENCH

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLER A
`01	Code de la structure	☐☐	
`02	Numéro de Prestataire:	☐☐	
`03	Numéro de Client:	☐☐	
`04	Type de prestataire	Medecin 1 Assistant medical 2 Infirmier 3 Sage-femme 4 Accoucheuse auxiliaire 5 Autre 96	
`05	Sexe du prestataire	Masculin 1 Féminin 2	

HISTOIRE DE LA PATIENTE

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
101	INDIQUEZ. CI-DESSOUS SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI LA CLIENTE A FOUNI SPONTANEMENT DES INFORMATIONS SUR LES SUJETS SUIVANTS :	
01	Date de la dernière naissance ou âge de l'enfant le plus jeune	A
02	Date des derniers règles (pour savoir si enceinte actuellement)	B
03	Statut d'allaitement	C
04	Régularité du cycle menstruel	D

HISTOIRE DE LA PATIENTE

102	INFORMATIONS PERSONNELLES SUR LA CLIENTE ET HISTOIRE REPRODUCTIVE. INDIQUEZ CI-DESSOUS SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI LA CLIENTE A FOUNI SPONTANEMENT DES INFORMATIONS SUR LES SUJETS SUIVANTS :	
01	âge de la cliente	A
02	Nombre d'enfants vivants	B
03	Désire pour un enfant ou plus d'enfants	C
04	Délai désiré pour une naissance ou un prochain enfant	D

EXAMEN PHYSIQUE

103	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A EXÉCUTÉ L'UN OU L'AUTRE DES EXAMENS PHYSIQUES OU A DEMANDÉ A PROPOS DE L'UNE OU L'AUTRE DES QUESTIONS DE SANTÉ SUIVANTES.	
01	Prendre la pression sanguine de la cliente	A

02	Peser la cliente	B
03	Interroger la cliente au sujet du tabagisme	C
04	Interroger la cliente au sujet des symptômes relatifs aux IST (par exemple, écoulement anormal).	D
05	Interroger la cliente au sujet des maladies chroniques (maladie du coeur, diabète, hypertension, problème de foie ou d'ictère, cancer du sein).	E

PARTENAIRE ET STIs

104	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A OU NON DISCUTÉ DES QUESTIONS CI-APRES LIÉES AUX PARTENAIRES SEXUELS ET AU CHOIX DE LA MÉTHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE.	
01	De l'attitude du partenaire envers la planifi. familiale.	A
02	Du statut du partenaire (nombre de partenaires de la cliente ou de son partenaire; l'absence du partenaire).	B
03	Du risque des IST.	C
04	De l'utilisation des condoms pour prévenir les IST.	D
05	De l'utilisation des condoms seuls ou avec une autre méthode pour essayer de prévenir les IST.	E

QUESTIONS/PREOCUPATIONS

105	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE OU LA PATIENTE ONT FAIT L'UN DES POINTS SUIVANTS POUR ASSURER LA CLIENTE DE L'INTIMITÉ.	
01	Interroge la cliente au sujet de questions ou de soucis concernant les méthodes actuellement utilisées.	A
02	La patiente a dit qu'elle a eu des soucis, ou a posé des questions sur les effets secondaires ou sur la méthode?	B

CONFIDENTIALITE

106	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A PRIS OU PAS L'UNE OU L'AUTRE DES MESURES SUIVANTES POUR ASSURER LA CLIENTE DE L'INTIMITÉ.	
01	Assure l'intimité visuelle.	A
02	Assure l'intimité auditive.	B
03	Assure la cliente oralement de la confidentialité.	C

METHODES PRESCRITES OU FOURNIES

107 **VERIFIEZ LA METHODE AVEC LE PRESTATAIRE ET INDIQUEZ QUELLES MÉTHODES** ONT ÉTÉ FOURNIES OU PRESCRITES PENDANT CETTE VISITE. SI DES CONDOMS ÉTAIENT PRESCRITS POUR L'USAGE AVEC UNE AUTRE MÉTHODE, ENCERCLEZ LES DEUX MÉTHODES.

SI ANCIENNE CLIENTE VENUE POUR SE REAPPROVISIONNER EN PILULES OU POUR RECEVOIR UNE NOUVELLE INJECTION OU POUR SE FAIRE REMPLACER UN DIU PENDANT CETTE VISITE, ENCERCLEZ LA METHODE POUR LAQUELLE ELLE EST VENUE A LA COLONNE B]

	METHODE	(A) PRESCRIT	(B) DONNE
01	PILULE COMBINEE	A	A

02	PILULE ORALE PROGEST. SEUL	B	B
03	PILULE ORALE (TYPE NON SPECIFIE)	C	C
04	COMBINEE INJECTABLE (MENSUELEMENT)	D	D
05	INJECTABLE A BASE DE PROGESTORONE SEULE POUR 2 OU 3 MOIS)	E	E
06	CONDOM MASCULIN	F	F
07	CONDOM FEMININ	G	G
08	DIU	H	H
09	IMPLANT	I	I
10	PILULE DU LENDEMAIN	J	J
11	COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES	K	K
12	CONSEIL SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE	L	L
13	VASECTOMIE (STERILISATION MASCULINE)	M	M
14	STERILISATION FEMININE	N	N
15	METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNELLE ET DE L''AMENORHEE (MAMA)	O	O
16	AUTRE (EX: SPERMICIDE, DIAPHRAGME)	X	X

108	VERIFIEZ Q107: SI "A", "B", "C", "D" OU "E" SONT ENCERCLES DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNES. OUI ☐ NON ☐ → 110	
109	**PILULE OU INJECTABLES**	
01	Prise (de la pilule quotidiennement ; et de l'injection chaque mois ou tous les 3 mois).	A
02	Le changement qui peut se produire avec les règles (diminution du flux, spotting).	B
03	Les effets secondaires qui peuvent se produire au début (comme la nausée, le gain de poids, et la tension mamaire).	C
04	Que faire en cas d'oubli de la pilule ou de l'injection au moment indiqué.	D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	E
06	Doit retourner à la structure quand les effets secondaires apparaissent ou persistent	F
110	VERIFIEZ Q107: SI "F"OU "G" SONT ENCERCLES DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI ☐ NON ☐ → 112	
111	**CONDOMS**	
01	La non utilisation si cliente allergique au latex.	A
02	Ne peut être employé qu'une seule fois.	B
03	Les lubrifiants qui peuvent être utilisés (hydrosoluble seulement pour le condom masculin; n'importe quel lubrifiant avec le condom féminin)	C
04	Son utilisation comme protection si la cliente craint l'échec avec l'autre méthode.	D
05	De la double protection (de la grossesse et contre les ISTs)	E
112	VERIFIEZ Q107: SI "H" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI ☐ NON ☐ → 114	
113	**DISPOSITIF INTRAUTERINE/STERILET (DIU)**	
01	Bon pour 12 années.	A
02	Devoir retourner à la formation dans 3-6 semaines suivant l'insertion ou après les premières règles	B
03	Des effets secondaires courants qui peuvent se produire (saignement intense pendant les premiers mois suivant l'insertion, spotting, ou de légères crampes abdominales).	C
04	Devoir retourner à la structure sanitaire si les effets secondaires continuent.	D
05	L'utilisatrice doit regulièrement verifiez la corde après chaque menstruation.	E
06	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	F
114	VERIFIEZ Q107: SI "I" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI ☐ NON ☐ → 116	
115	**IMPLANTS**	
01	Bon pour 3-5 années.	A
02	Changement qui peut se produire avec la menstruation (saignement irrégulier, spotting).	B

03	Des effets secondaires qui peuvent se produire au début (nausée, gain de poids, et tension mama	C
04	Devoir retourner à la structure sanitaire si les effets secondaires continuent.	D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	E
116	VERIFIEZ Q107: SI "J" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI ☐ NON ☐ → 118	
117	**CONTRACEPTION D'URGENCE**	
01	Prendre une autre dose si vomissement dans les deux heures suivant la prise	A
02	Retour pour un test de grossesse, si les prochaines règles sont exceptionnellement légères ou ne se produisent pas dans un délai de 4 semaines	B
03	Première dose qui doit être prise dans un délai de 72 heures du rapport sexuel	C
04	Deuxième dose qui devrait être prise 12 heures après la première dose.	D
05	Pas une méthode contraceptive de routine et donc ne doit pas être répété/pris plus de trois fois dans un mois.	E
06	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	F
118	VERIFIEZ Q107: SI "K" OU "L"EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI ☐ NON ☐ → 120	
119	**RHYTHME ou ABSTINENCE PERIODIQUE**	
01	Comment identifier la période fertile d'une femme	A
02	De ne pas avoir de rapports pendant la période fertile de la femme sans méthode alternative	B
03	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	C
120	VERIFIEZ Q107: SI "M" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI ☐ NON ☐ → 122	
121	**VASECTOMIE**	
01	La partenaire est protégée contre la grossesse après 3 mois ou après 30 éjaculations	A
02	Utilisation d'une méthode de relais pour les 3 mois suivants l'opération.	B
03	Méthode qui est prévue pour être permanente; avec un léger risque d'échec.	C
04	Signes d'alarme qui peuvent se produire après l'opération (douleur intense, tension mammaire et s tension mammaire et saignement).	D
05	Devoir retourner à la formation en cas de signes	E
06	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	F
122	VERIFIEZ Q107: SI "N" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI ☐ NON ☐ → 124	
123	**STERILISATION FEMININE**	
01	protége contre la grossesse immédiatement	A
02	Méthode qui est prévue pour être permanente; avec un léger risque d'échec.	B
03	Signes d'alarme qui peuvent se produire après l'opération (douleur intense, léger maux de tête, fièvre, saignement et absence des règles).	C
04	Devoir retourner à la formation en cas de signes	D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	E
124	VERIFIEZ Q107: SI "O" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE ☐	

	OUI ☐	NON	126
125	**MAMA**		
01	D'un risque minime de grossesse peu de temps avant la reprise de la menstruation.		A
02	Doit allaiter de manière exclusive ou presque exclusive		B
03	Pas efficace après le retour des règles.		C
04	L'enfant doit avoir moins de 6 mois.		D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH		E

ACTIONS ADDITIONNELLES DU/DE LA PRESTATAIRE

126	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UN DES POINTS SUIVANTS	
01	Regardé la carte de santé de la patiente à n'importe quel moment avant de commencer la consultation, pendant l'anamnèse ou l'examen physique.	A
02	Ecris sur la carte de santé de la patiente	B
03	Utilisé quelque aide visuelle pour l'éducation sanitaire ou des conseils sur les méthodes de PF.	C
04	Parlé d'une visite prochaine de suivi	D

SOINS RESPECTUEUX

130	Pendant la consultation, le prestataire a-t-il fait ce qui suit ?	
01	Utiliser une langue qui est digne	A
02	Utiliser un ton dur, des cris, des expressions faciales qui mettent la femme mal à l'aise.	B
03	Traiter la cliente d'une manière qui viole sa confidentialité	C
04	Traiter la cliente d'une manière qui viole son intimité	D

CONFIRMEZ AVEC LE/LA PRESTATAIRE

131	CONFIRMEZ AVEC LE PRESTATAIRE A LA FIN DE LA CONSULTATION. VERIFIEZ LA CARTE DU PATIENT/DE LA PATIENTE OU LE REGISTRE SI NECESSAIRE.		
01	La patiente a t-elle déjà eu un contact avec un prestataire de PF dans cette structure?	OUI . . . . . 1 NON. . . . . 2 NSP 8	
02	Est ce que cette patiente a déjà été enceinte?	OUI . . . . . 1 NON. . . . . 2 NSP 8	

5. OBSERVATION CLINIQUE

201	INDIQUEZ SI UNE PROCEDURE CLINIQUE A ÉTÉ CONDUITE PENDANT CETTE VISITE.		
01	EXAMAMINATION PELVIQUE	A	
02	INSERTION ET/OU RETRAIT DU DIU	B	
03	DONNEZ INJECTABLE	C	
04	INSERTION ET/OU RETRAIT DES IMPLANTS	D	

202	LE PRESTATAIRE QUI FAIT L'EXAMEN CLINIQUE EST-IL CELUI QUI A FAIT LE COUNSELLING?	OUI . 1 NON . 0	→ 206

A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour, je représente Cera Group. Nous effectuons une enquête dans les formations sanitaires, avec le but de trouver des moyens d'améliorer la prestation des services. Je voudrais observer la façon de procéder avec la cliente. [Mme ___] est d'accord et ne voit pas d'inconvénients à ma présence. Ainsi, observer tous les composants des services fournis à [Mme ___] nous aidera à mieux comprendre comment les services de santé sont fournis.

Toute information concernant cette procédure restera complètement confidentielle. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez que je vous laisse seuls, je vous prie de bien vouloir me le dire.

Avez-vous des questions à me poser ? Ai-je votre permission d'être présent durant la procédure?

Signature de l'Enquêteur
(Indique que le répondant est d'accord pour la participation)

		2 0 2	
JOUR	MOIS	ANNEE	

203	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ETE RECU DU PRESTATAIRE.	OUI . 1 NON . 2	→301
204	ENREGISTREZ LA FONCTION DU PRESTATAIRE AYANT EXÉCUTÉ LA MAJEURE PARTIE DE L'EXAMEN CLINIQUE.	Medecin . 01 Assistant medical . 02 Infirmier . 03 Sage-femme . 04 Accoucheuse auxiliai . 05 AUTRE _____ . 96 (SPECIFIEZ)	
205	ENREGISTREZ LE SEXE DU PRESTATAIRE CONDUISANT L'EXAMEN OU LE PROCÉDURE CLINIQUE.	MASCULIN . 1 FEMININ . 2	

6. EXAMEN PELVIEN

206	VERIFIEZ Q201 : EST-CE QU'UN EXAMEN PELVIEN A ÉTÉ CONDUIT ?	OUI. . . . . 1 NON. 0	→ 210

AVANT L'EXAMINATION

207	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES	
01	Assurer l'intimité visuelle à la patiente	A
02	Assurer l'intimité auditive à la patiente	B
03	Expliquez les procédures avant de commencer	C
04	Preparer les instruments avant la procédure	D
05	Se laver les mains à l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	E
06	Porter des gants en latex avant de commencer	F

PENDANT L'EXAMINATION

208	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES	
01	Utiliser des instruments stérilisés ou désinfectés à un haut niveau	A
02	Demander à la patiente de respirer profondément et lentement afin de relaxer les muscles	B

03	Inspecter les organes génitaux externes	C
04	Expliquer l'utilisation du speculum (s'il est utilisé)	D
05	Inspecter la muqueuse vaginale et le col cervical en utilisant le spéculum et la lumière	E
06	Exécuter un examen bimanuel de l'uterus (MAIN DANS LE VAGIN ET L'AUTRE PALPANT L'ABDOMEN)	F

APRES L'EXAMINATION

209	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES	
01	Retirer les gants	A
02	Laver ou désinfecter les mains après avoir retirer les gants	B
03	Essuyer les surfaces souillées en utilisant un désinfectant	C
04	Placer les instruments ré-utilisable dans une solution désinfectante à base de cholre immédiatement après la procedure	D

7. INSERTION/RETRAIT DU DIU

210	**VERIFIEZ Q201 :** UN DIU A-T-IL ETE INSERE OU RETIRE ?	INSERTION DU DIU . A RETRAIT DU DIU . B EXAMEN DU DIU. . . . . C AUCUN. . . . . Y →	215

AVANT LA PROCEDURE

211	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES	
01	Assurer l'intimité visuelle à la patiente	A
02	Assurer l'intimité auditive à la patiente	B
03	Expliquez les procédures avant de commencer	C
04	**(POUR NOUVELLE PATIENTE)** Reconfirmer avec la patiente le choix de la méthode	D
05	**(POUR NOUVELLE PATIENTE)** S'assurer que la patiente n'est pas enceinte	E
06	Preparer les instruments avant la procédure	F
07	Se laver les mains à l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	G
08	Porter des gants en latex avant de commencer	H
09	Nettoyer la vagin et le col cervical avec un désinfectant	I

PENDANT LA PROCEDURE

212	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES	
01	Exécuter un examen bimanuel de l'uterus (MAIN DANS LE VAGIN ET L'AUTRE PALPANT L'ABDOMEN)	A
02	Réaliser l'examen au speculum avant celui bimanuel	B
03	Inspecter la muqueuse vaginale et le col cervical en utilisant le spéculum et la lumière	C
04	Utiliser une pince à Pozzi	D
05	Mésurer la hauteur utérine avant d'inserer le DIU	E

06	Expliquer chacune de ces procedures ci-dessus	F
07	Utilser la "technique de retrait" pour inserer le DIU	G
08	Utiliser des instruments stérilisés ou désinfectés à un haut niveau	H

APRES LA PROCEDURE

213	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES	
01	Retirer les gants	A
02	Laver ou désinfecter les mains après avoir retirer les gants	B
03	Demader à la patiente d'attendre et de se reposer 5 minutes après l'insertion du DIU	C
04	Essuyer les surfaces souillées en utilisant un désinfectant	D
05	Placer les instruments ré-utilisable dans une solution désinfectante à base de chlore immédiatement après la procedure	E

INTERACTION PATIENTE-PRESTATAIRE

214	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES	
01	A-t-on dit à la patiente que la méthode est bonne pour 5-12 années?	A
02	A-t-on conseillé à la patiente de retourner à la structure `dans 3 `6 semaines après insertion ou après les premières règles?	B
03	A-t-on instruit la patiente de verifier régulièrement la présence du fil après chaque période des règles	C
04	A-t-on dit à la patiente qu'elle pourrait expérimenter des effets secondaires? (saignement abondant les prém mois, saignement en goutte ou des légères douleurs abdominales)	D
05	A-t-on instruit à la patiente de returner à la structure si les effets secondaires persistent	E
06	A-t-on donné à la patiente une carte mentionnant la date de l'insertion et la date de la prochaine visite de su	F
07	**(SI RETRAIT DU DIU)**: Montrer le DIU qui a été retiré.	G

8. LES CONTRACEPTIVES INJECTABLES

215	**VERIFIEZ Q201** : EST-CE QU'UNE INJECTION CONTRACEPTIVE A ÉTÉ DONNÉE ?	OUI . 1 NON . 0	→ 220

AVANT LA PROCEDURE

216	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES	
01	**(POUR NOUVELLE PATIENTE)** Reconfirmer avec la patiente le choix de la méthode	A
02	**(POUR NOUVELLE PATIENTE)** S'assurer que la patiente n'est pas enceinte	B
03	**(ANCIENNE PATIENTE)** Verifier la carte de la patiente pour s'assurer de donner l'injection à la date prévue.	C
04	Assurer l'intimité visuelle à la patiente	D
05	Assurer l'intimité auditive à la patiente	E
06	Se laver les mains à l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	F
07	Preparer l'injection dans un espace avec une table ou un tableau propre pour y placer ce dont on a besoin	G

PENDANT LA PROCEDURE

217	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES	
01	(**SI UTILISANT DU MATERIEL JETABLE**) Utiliser une nouvelle seringue et aiguille d'un paquet sterile et scellé	A
02	Ouvrir un nouveau paquet de seringue et aiguille	B
03	Retirer l'aiguille du flacon à dose multiple chaque fois	C
04	Remuer ou agiter le contenu du flacon avant de retirer la dose	D
05	Netoyer et secher à l'air libre le lieu de l'injection avant l'injection	E
06	Tirer le piston de la seringue en arrière avant d'injecter le produit	F
07	Permettre à la dose de se disperser toute seule au lieu de masser	G
08	Jetter les objets tranchants dans un récipient reistant aux piqûres	H

APRES LA PROCEDURE

218	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES APRES LA PROCEDURE	
01	Jeter les objets tranchants dans un recipient resistant aux aiguilles (non debordant ou troué)	A
02	Dire à cliente de ne pas masser l'endroit de l'injection	B
03	Dire à la cliente quand revenir pour la prochaine injection.	C

219	INDIQUEZ SI L'AIGUILLE ET LA SERINGUE ONT ETE FOURNIES PAR LE SERVICE OU FOURNIES PAR LA CLIENTE.	FOURNIES PAR SERVICE …. 1 FOURNIES PAR CLIENTE….. 2 NE SAIS PAS . 8	

9. INSERTION/RETRAIT D'IMPLANT

220	VERIFIEZ Q201 : DES IMPLANTS ONT-ILS ETE INSÉRÉS OU RETIRES ?	INSERTION D'IMPLANT …… A RETRAIT D'IMPLANT …… B NE SAIS PAS . Y	→ 301

AVANT LA PROCEDURE

221	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES	
01	**(POUR NOUVELLE PATIENTE)** Reconfirmer avec la patiente le choix de la méthode	A
02	**(POUR NOUVELLE PATIENTE)** S'assurer que la patiente n'est pas enceinte	B
03	Assurer l'intimité visuelle à la patiente	C
04	Assurer l'intimité auditive à la patiente	D
05	Expliquez les procédures avant de commencer	E
06	Preparer les instruments avant la procédure	F
07	Utiliser des instruments stérilisés ou désinfectés à un haut niveau	G
08	Se laver les mains à l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	H
09	Mettre des gants stériles et maintenir la stérilité durant la procédure	I

PENDANT LA PROCEDURE

222	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES **PENDANT** LA PROCEDURE	
01	Nettoyer la peau à l'endroit où l'incision sera faite avec un antiseptique	A
02	Utiliser un champ stérile pour protéger l'endroit de l'incision.	B
03	Utiliser une aiguille et seringue nouvelle ou stérilisé pour l'anésthesie locale	C
04	Laisser à l'anéstésie locale du temps d'agir avant de faire l'incision	D

APRES LA PROCEDURE

223	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES	
01	Jetter les objets tranchants dans un recipient reistant aux piqûres	A
02	Essuyer les surfaces souillées avec un désinfectant.	B
03	Placer les instruments ré-utilisable dans une solution désinfectante à base de chlore immédiatement après la procedure	C
04	Retirer les gants	D
05	Laver ou désinfecter les mains après avoir retirer les gants	E
06	Expliquez les soins de l'incision et le retrait du pansement	F
07	Discuter de la visite prochaine pour retrait du pansement adhésif	G

INTERACTION PATIENTE-PRESTATAIRE

224	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES AVANT	
01	Patiente instruite que l'implant est bon pour 3-5 ans (NOMBRE D'ANNEE DEPEND DU TYPE DE L'IMPLANT)	A
02	Patiente instruite à propos des changements possibles du cycle mensuel et/ou autres effets secondaires.	B
03	Patiente instruite sur d'autres effects secondaires non menstruels telque des nausée augmentation du poids ou tensions mammaires	C
04	Patiente instruite de retourner à la structure si les effets secondaires persistent	D
05	**(EN CAS DE RETRAIT):** Monter à la patiente chaque capsule d'implant retiré en la rassurant que tout a été retiré.	E
06	Fournir à la patiente une carte mentionnant la date de l'insertion de l'implant et la date à laquelle il faudra l'enlever.	F

225	INDIQUEZ SI L'AIGUILLE ET LA SERINGUE ONT ETE FOURNIES PAR LE SERVICE OU FOURNIES PAR LA CLIENTE.	FOURNIES PAR SERVICE .... 1 FOURNIES PAR CLIENTE..... 2 NE SAIS PAS . 8	

10. STATUS DES CLIENTS DES SERVICES DE PLANNIFICATION FAMILIALE

A DEMANDER AU PRESTATAIRE APRES CONSULTATION

APRÈS LA CONSULTATION, COMPLETEZ LES INFORMATIONS SUIVANTES

301	Quel était le status de la cliente des services de PF au début de la consultation?	UTILISATRICE . 1 N'UTILSE PAS. A UTILSE DANS LE PASSE……. 2 N'UTILISE PAS ET, N'A JAMAIS UTILISE……. 3 INDETERMINE . 8	→ 304 → 304 → 304
302	Quelle etait la principale raison de cette visite pour la cliente?	REAPPROVISIONNEMENT SUIVI ROUTINIER……. 1 DISCUTER DE PROBLEME AVEC LA METHODE……. 2 DESIRE CHANGER METHODE (PAS DE PROBLEME) ……. 3 DESIRE ARRETER PF (PAS DE PROBLEME) ……. 4 DISCUTER AUTRE PRO-BLEME PHYSIQUE……. 5	
303	Quelle était l'issue de la visite? (POUR UTILISATRICE ACTUELLE)	A CONTINUE AVEC METHO. ACTUELLE 1 A CHANGE DE METH(. 2 CHANGERA DE METHODE NON RECU AUJOURD'HUI CONTINUE AVEC METHODE ACTUELLE . 3 CHANGERA DE METHODE NON RECU AUJOURD'HUI ARRETE METHODE ACTUELLE 4 A DECIDE D'ARRETER UTILSER PF . 5	→ 305 → 305 → 305 → 305 → 306
304	Quelle était l'issue de la visite? (SI PAS UN UTILISATRICE ACTUELLE)	ACCEPTE COMMENCER UNE METHODE . 1 N'A PAS DECIDE SUR METHOD 2	→ 306
305	Est ce que la cliente est partie avec une méthode à utiliser? SI NON : INDIQUEZ LA RAISON POUR LAQUELLE ELLE N'A PAS REÇU DE METHODE	OUI, A QUITTE AVEC UNE METHODE . 1 NON, N'EST PAS EN STOCK . . 2 NON, NECESSITE UN RENDEZ-VOU . . . . . 3 NON, REPORTE POUR RAISON DE SANTE . . . 4 NON, STATUT GROSSESSE INCERTAIN . 5 AUTRE 6	
306	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A ECRIT OU NON SUR LA CARTE OU DANS LE CARNET	OUI . 1 NON . 2	

	INDIVIDUEL DE LA CLIENTE APRÈS LA CONSULTATION.	PAS DE CARNET INDIVIDUEL . . 3 NE SAIS PAS . 8	
307	Le prestataire a demandé si le client était référé par un établissement	OUI . 1 NON . 2 PAS APPLICABLE 9	
308	Le fournisseur a demandé à voir la référence de l'ISBC	OUI . 1 NON . 2 PAS APPLICABLE 9	