



## Questionnaire d'Evaluation WASH

Departement  Commune   
 Section Communale / Localité:   
 Zone / Rue   
 Nom de l'Etablissement   
 Coordonnées Cartographiques Longitude  O Latitude  N  
 Date d'Evaluation :   
 Evaluation faite par :   
 Nom et responsabilité des personnes de références

### INFORMATIONS GENERALES

Type d'Etablissement :  Sans Lit   
 Nombre de personnels soignants  Avec Lit   
 Capacités en Lit   
 Nombre de patients Ambulatoire  Hospitalisé   
 Nombre d'enfants Ambulatoire  Hospitalisé

INFRASTRUCTURE SANITAIRE	
1	<p>Existe-t-il des toilettes au niveau de l'établissement.</p> <p>A Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si Non, passez à la question 3</p> <p>B Si Oui, quels types :            Latrines <input type="checkbox"/>            Fosses Seches <input type="checkbox"/>            Chasses manuelles <input type="checkbox"/>            Chasses d'eau (WC) <input type="checkbox"/>            Autres <input type="checkbox"/>            Précisez: <input type="text"/></p> <p>C Ya-t-il des toilettes affectées aux personnels soignants : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
	<p>2</p> <p>Combien de Cabines de toilettes existe-t-il dans l'établissement,</p> <p>A Quantité : <input type="text"/>            Homme <input type="text"/> Femme <input type="text"/></p> <p>B Sont-elles séparées (Homme, Femme) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>C Sont-elles identifiées par des Pictogrammes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>D Sont-elles sécuritaires et intimes : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>E Sont-elles hygiéniques et correctement entretenues : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>F Existe-t-il des points d'eau pour le lavage des mains à proximité des toilettes : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>G Ya-t-il de l'eau et du savon en permanence : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>H Sont-elles accessibles et adaptées aux enfants : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>I Sont-elles accessibles aux personnes à mobilités réduites (Handicapées) ou à besoins spéciaux (Matériel de perfusion, ex) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>J L'espace requis à l'intérieur de la cabine est-elle conforme et suffisante pour une personne à mobilité réduite (Handicapée) (Observation) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
	<p>3</p> <p>Existe-t-il des douches fonctionnelles au niveau de l'établissement.</p> <p>A Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>B Si Oui, combien : <input type="text"/></p>
<p>Remarques :</p>	

APPROVISIONNEMENT EN EAU			
4	Existe-t-il un système d'approvisionnement en eau :	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		B	Si Oui, quels types : Reservoir <input type="checkbox"/> Puit foré <input type="checkbox"/> Eau de Pluie <input type="checkbox"/> Source Naturelle <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
5	Existe-t-il une personne parmi le personnel de support, qui est formée dans le traitement de l'eau	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6	L'eau est-elle potable, propre à la consommation et protégée de toute contamination ?	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7	L'eau est-elle traitée et contrôlée régulièrement ?	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		B	Quels types de système de traitement ?: Chlorinateur <input type="checkbox"/> Hypochlorateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/> Chloration <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
8	Le système d'approvisionnement existant a-t-il une capacité suffisante	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9	Existe-t-il une autre source d'approvisionnement en eau en cas d'urgence :	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		B	Si, Oui, mentionnez :
10	Y-at-il de l'eau en permanence pour tous les Usages:	A	Lavages des mains et des Instruments : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			Cuissons de Nourritures : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			Lessives : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			Nettoyages et Entretien des Locaux: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			Bains et évacuations des Excrétas : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
11	Y-at-il des points de lavage des mains fonctionnels dans tous les services ou les soins de santé sont pratiqués	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
12	Existe-t-il une aire de lessive ?	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Remarques :</b>			
GESTION DES ORDURES			
13	Existe-t-il un système de Gestion des déchets ?	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		B	Existe-t-il une personne parmi le personnel de support, affecté et formé dans la Gestion de déchets au niveau de l'établissement
14	Quelle est la méthode finale utilisée pour éliminer les déchets solides?	A	Type de méthode? Enfouissement en terre <input type="checkbox"/>
			Collecte <input type="checkbox"/>
			Combustion dans Incinérateur <input type="checkbox"/>
			Combustion à ciel ouvert <input type="checkbox"/>
			Autres <input type="checkbox"/>
			Precisez :
15	Quelle est la méthode finale utilisée pour éliminer les déchets médicaux?	A	Type de méthode? Enfouissement en terre <input type="checkbox"/>
			Collecte <input type="checkbox"/>
			Combustion dans Incinérateur <input type="checkbox"/>
			Combustion à ciel ouvert <input type="checkbox"/>
			Autres <input type="checkbox"/>
			Precisez :
16	Existe-t-il une zone spécialement conçue et aménagée (protégée, fermée et couverte) pour l'entreposage des déchets?	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
17	La zone de l'entreposage est-elle à l'intérieur ou à l'extérieur ?	A	A L'intérieur de l'établissement <input type="checkbox"/> A L'extérieur de l'établissement <input type="checkbox"/>
18	Ya-t-il des poubelles adéquates au niveau des différents services ?	A	Bloc Operatoire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			Cuisine : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			Bloc Sanitaire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			La Cour : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			Laboratoire Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			Autres <input type="checkbox"/>
<b>Remarques :</b>			

DRAINAGES ET SYSTEME D'EVACUATION DES EAUX USEES			
19	Existe-t-il un systeme de drainage et d'evacuation des eaux usées	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		B	Si Oui, quels types? : Fosse Septique <input type="checkbox"/> Fosse Perdue <input type="checkbox"/> Tranchee de Canal <input type="checkbox"/> Autres types : <input type="checkbox"/> Precisez :
Remarques :			
LUTTES ANTI VECTORIELLES			
20	L'etablissement et ses environs est elle protegées des maladies à transmissions vectorielles ?	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		B	Quels sont les moyens mise en place? : Fumigation <input type="checkbox"/> Emploi de Moustiquaire <input type="checkbox"/> Drainage <input type="checkbox"/> Pulverisation intradomiciliaire <input type="checkbox"/> Assechement d'eau stagnante <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Precisez :
Remarques :			
PROMOTION A L'HYGIENNE			
21	Existe-t-il un plan en matiere de promotion à l'hygiene au sein de l'etablissement ?	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
22	Existe-t-il des materiels suffisants de sensibilisation (IEC) concernant les methodes d'hygienes	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
23	les professionnels de santé sont-ils formés sur l'utilisation des methodes visant à encourager un changement de comportement.	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
24	Existe-t-il une cellule preventive pour les patients au niveau de l'etablissement pour la promotion des pratiques d'hygiene?	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Remarques :			
CHOLERA			
25	Existe-t-il une Unité de traitement de cholera au sein de l'etablissement ?	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
26	Existe-t-il des infrastructures specialement aménagées (Toilettes, lavabos, systeme de drainage) pour l'Unité de traitement de cholera ?	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
27	Existe-t-il de personnel de support affecté à l'Unité de traitement de Cholera ?	A	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
28	Le Personnel de Support affecté a l'Unité de Traitement de Cholera est-il formé dans :	A	Traitement de L'eau Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Gestion des Excretas Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Gestion des Eaux Usées Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nettoyage et Entretien des Infrastructures Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Gestion des Cas de Cholera Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Remarques :			

		FICHE DE SUIVI TECHNIQUE			
INFRASTRUCTURE SANITAIRE :					
1	Est-ce que les toilettes sont Fonctionnelles ou non ?	A	Fonctionnelles <input type="checkbox"/>	Non Fonctionnelles <input type="checkbox"/>	
2	Comment est la structure du bloc sanitaire(Batiment) ?	A	Structure peripherique En dur <input type="checkbox"/> En Bois <input type="checkbox"/>	Finis <input type="checkbox"/> Fissuré <input type="checkbox"/> Carrelage des sols et des murs <input type="checkbox"/> Systeme d'eclairage <input type="checkbox"/> Porte à serrure ou verrous <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3	Comment est l'etat de la toiture et de quoi elle est faite ?	A	Structure de la Toiture : <input type="checkbox"/> En Beton : Fissure <input type="checkbox"/> Pas de Fissure <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> En Toles : Etanche <input type="checkbox"/> Non etanche <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>	
4	Est-ce la toiture des blocs sanitaires est	A	Drainage de la toiture	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
5	Le systeme de points de lavage des mains ?	A	Lavabos : En bon etat Drainé Alimenté en eau Autres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
6	L'observation au niveau des Toilettes	A	Toilettes : En bon etat Alimenté en eau Autres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
7	L'observation au niveau du systeme de Gestion d'excretas existant	A	Fosse : Etancheité Dispositif de Ventilation Stagnation autour Accès pour Vidange Trappe de Visite Niveau de Remplissage acceptable Capacité estimée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
8	L'observation au niveau du systeme de drainage existant	A	Drainage des eaux : Eaux Pluviales (Cour) Eaux Usées	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Remarques :					
APPROVISIONNEMENT EN EAU :					
9	Quelle est le systeme de Stockage	A	Chatodo <input type="checkbox"/> Reservoir en Beton <input type="checkbox"/> Drum 55 Gl <input type="checkbox"/> Blader <input type="checkbox"/>		
#	Quelle est le systeme d'approvisionnement en eau ou type de pts d'eau existant qui alimente l'etablissement?	A	Reseau de la Dinepa Source Naturelle de la Zone Puit Foré Puit Adduction d'eau de Pluie Autres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
#	Quelle est la distance approximative des points d'eaux existants par rapport à l'Etablissement ?	A	Distance en metres	<input type="text"/>	
Remarques :					