

Suivi de la Patiente

I. Données Requises pour l'Assurance Aualité

- Cocher les cases renvoie à une sélection de réponses multiples le cas échéant.**
- Les cercles renvoient à des options de réponses mutuellement exclusives.**

ID de la patiente: _____

Date d'évaluation (jj/mm/aaaa): _____

Initiales de la patiente: _____

Structure sanitaire: _____

Contact téléphone #: _____

No de dossier médical: _____

Propriétaire de téléphone:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Patiente | <input type="radio"/> Enfant |
| <input type="radio"/> Epoux | <input type="radio"/> Autre famille |
| <input type="radio"/> Famille de l'époux | <input type="radio"/> Voisin/ami |
| <input type="radio"/> Enfants de mêmes parents | <input type="radio"/> Autre: _____ |

Pays:

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Bangladesh | <input type="radio"/> Nigéria |
| <input type="radio"/> RDC | <input type="radio"/> Ouganda |
| <input type="radio"/> Guinée | <input type="radio"/> Togo |
| <input type="radio"/> Niger | <input type="radio"/> Autre: _____ |

II. Profil Obstétrical et Gynécologique

Age au moment de l'évaluation: _____
(en termes d'années)

Enceinte au moment de l'évaluation:
 Oui Non

Etat de la ménopause:

- Avant la puberté
- Pré ménopause
- Ménopausée
 Age de la menopause: _____
(en termes d'années)

Grossesse:

Nombre total naissances: _____

Nombre mort-nés: _____

Nombre naissances vivantes: _____

Nombre d'enfants en vie: _____

Etat de l'utérus:

- Intact
- Enlevé
- Congénitalement absent

Lacating Allaitante: Oui Non

Date des Dernières Règles(DDR): _____
(jj/mm/aaaa ou Nombre des semaines avant la consultation)

Age de ménarche *(en termes d'années)*: _____

III. Antécédents Pertinents

Travail prolongé/travail obstrué ou dystocia séquelles du travail qui ont été notées dans l'histoire qui ont duré 2 jours ou plus *(cocher toutes les cases)*:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Autre séquestration osseuse |
| <input type="checkbox"/> Fistule urinaire | <input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes ou des jambes commençant après le travail prolongé/obstrué |
| <input type="checkbox"/> Fistule du tractus colorectal | <input type="checkbox"/> Infertilité commençant après le travail prolongé/obstrué |
| <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire commençant après travail prolongé/obstrué | <input type="checkbox"/> Cicatrice vaginale |
| <input type="checkbox"/> Incontinence fécale/plainte commençant après un travail prolongé/obstrué | <input type="checkbox"/> Dépression ou anxiété commençant après le travail prolongé/obstrué |
| <input type="checkbox"/> Diastasis pubienne | <input type="checkbox"/> Mort-nés |
| <input type="checkbox"/> Pied de lit | <input type="checkbox"/> Naissances vivantes hypoxiques (i.e. flasque, paralysie cérébrale, retard de développements, et autre neuro) |
| <input type="checkbox"/> Ostéomyélite | |

Nombre des Chirurgies antérieures pour les symptômes POP: _____

Nombre des Chirurgies pour des symptômes d'incontinence: _____
(d'anatomie intacte et/ ou de fistule)

Etiologie de la fistule/etiologies (cocher toutes les cases):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indéterminée | <input type="checkbox"/> Infection (schistosomiase, amibiase, lymphogranulome) |
| <input type="checkbox"/> Dystocie > 2 jours (obstétrique causée par une ischémie /nécrose lors de travail prolongé/ obstrué | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Pas évident si c'est obstétrique ou iatrogène: dystocie > 2 jours avec césarienne | <input type="checkbox"/> Traumatisme causé par un écrasement pelvien ou un dommage par empalement |
| <input type="checkbox"/> Naissance iatrogène vaginale opératoire | <input type="checkbox"/> Traumatisme causé par une violence sexuelle |
| <input type="checkbox"/> Césarienne iatrogénique | <input type="checkbox"/> Traumatisme causé par une coupure génitale faite par des exciseurs traditionnels ou un ensemble de rituels traditionnels |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie pelvienne non-obstétrique iatrogénique | <input type="checkbox"/> Traumatisme causé par une coupure faite par un clinicien autorisé |
| <input type="checkbox"/> Défaut congénital : uretère ectopique, défaut cloacal, autre | |

IV. Classement et Diagnostics

Degré de complexité de la fistule:
 (évaluation du chirurgien)

- Impossible d'être déterminé
- Simple
- Modéré
- Complexe, éligible pour une chirurgie de réparation
- Complexe, non éligible pour une chirurgie de réparation

Système de classement de la fistule utilisé:

(cocher toutes les cases et préciser le classement)

- Aucun
- Goh – préciser le classement: _____
- Waaldijk – préciser le classement: _____
- Panzi – préciser le classement: _____
- Tafesse – préciser le classement: _____
- Autre: _____ – préciser le classement: _____
- Tafesse – préciser le classement: _____
- Autre: _____ – préciser le classement: _____

Système de classement utilisé pour les prolapsus (POP):

(cocher toutes les cases et préciser le classement)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> POP Q - préciser le classement: _____ |
| <input type="checkbox"/> Baden Walker – préciser le classement: _____ | <input type="checkbox"/> Autre: _____ - préciser le classement: _____ |

Diagnostics de la fistule (cocher toutes les cases):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pas de fistule | <input type="checkbox"/> Fistule uréthro-vaginale – |
| <input type="checkbox"/> Fistule urétérale à l'utérus (Préciser Droite ou Gauche) | <input type="radio"/> Partielle |
| <input type="checkbox"/> Fistule urétérale au vagin (Préciser Droite ou Gauche) | <input type="radio"/> Urètre postérieur absent |
| <input type="checkbox"/> Fistule vésico- utérine | <input type="radio"/> Urètre absent |
| <input type="checkbox"/> Fistule vésico-cervicale | <input type="checkbox"/> Urètre séparé de la vessie |
| <input type="checkbox"/> Fistule vésico- vaginale – | <input type="checkbox"/> Urètre pas patent |
| <input type="radio"/> Médiane, non circonférentielle | <input type="checkbox"/> Recto vaginal |
| <input type="radio"/> Circonférentielle | <input type="radio"/> Haut |
| <input type="radio"/> Latérale | <input type="radio"/> Mi-vagin |
| <input type="radio"/> Péri cervicale | <input type="radio"/> Bas vagin |
| | <input type="radio"/> Déchirure au 4eme degré |

Diagnostics de prolapsus d'organes pelviens (POP) (cocher toutes les cases):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pas de POP | <input type="checkbox"/> POP postérieur -entéroçèle |
| <input type="checkbox"/> POP au sommet – | <input type="checkbox"/> POP postérieur -rectocèle |
| <input type="radio"/> Utérus intact, longueur normale du col utérin | <input type="checkbox"/> POP postérieur - dommage périnéal |
| <input type="radio"/> Utérus intact, col utérin hypertrophié | <input type="checkbox"/> POP postérieur - périnée complètement déchiré/ absent |
| <input type="radio"/> Utérus dehors, descendant en poignet | <input type="checkbox"/> Muscle releveur(s) pas intact (s) (atrophie totale) |
| <input type="checkbox"/> Antérieur au POP – | <input type="checkbox"/> Muscle releveur intacts – |
| <input type="radio"/> Défaut central | 1. Diastasis: <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> Défaut(s) para vaginal (aux) | 2. Fonction de contraction: <input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Absente |
| <input type="radio"/> Central et para vaginal | <input type="radio"/> Abimée |

Diagnostiques d'incontinence/urinaire et colorectal (anatomie intacte) *(cocher toutes les cases)*:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune, voies urinaires normales & et voie colorectale | <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire – |
| <input type="checkbox"/> Sténose urétérale (Préciser Droite ou Gauche) | <input type="radio"/> Incontinence urinaire de Stress (SUI) |
| <input type="checkbox"/> Hydronéphrose des reins (Préciser Droite ou Gauche) | <input type="radio"/> Urine ou vessie hyperactive (OAB) |
| <input type="checkbox"/> Dysfonctionnement érectile causé par l'obstruction de la vessie jusqu'à inclure une rétention urinaire | <input type="radio"/> Mélange d'Incontinence urinaire de stress/vessie hyperactive |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Incontinence fécale sphinctérienne – |
| <input type="checkbox"/> Hémorroïdes sévères | <input type="radio"/> Flatuosité |
| <input type="checkbox"/> Vers intestinaux | <input type="radio"/> Flatuosité et selles molles |
| | <input type="radio"/> Flatuosité, selles molles et dures |

Diagnostiques du tractus génital *(cocher toutes les cases)*:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune [Utérus normal, tubes, ovaires vagin, périnée, lèvres, clitoris] | <input type="checkbox"/> Cancer des ovaires |
| <input type="checkbox"/> Fibromes utérins | <input type="checkbox"/> Tuberculose pelvienne |
| <input type="checkbox"/> Endométrite | <input type="checkbox"/> Sténose vaginale |
| <input type="checkbox"/> Syndrome suspectée d'Asherman | <input type="radio"/> Faibl |
| <input type="checkbox"/> Rupture utérine, aigue ou chronique | <input type="radio"/> Modéré |
| <input type="checkbox"/> Lacération cervicale | <input type="radio"/> Sévère |
| <input type="checkbox"/> Sténose cervicale avec hématimètre | <input type="radio"/> Cicatrice complètement fermée |
| <input type="checkbox"/> Col de l'utérus dévié dans le rectum ou la vessie | <input type="checkbox"/> Avant la Mutilation Génitale Féminine |
| <input type="checkbox"/> Tube abcès ovarien | <input type="radio"/> Pas de kyste (s) sébacé(s) |
| <input type="checkbox"/> Masse ovarienne, cystique ou solide | <input type="radio"/> Avec kyste (s) sébacé(s) |
| <input type="checkbox"/> Cancer du col de l'utérus | <input type="radio"/> Granulome de suture |
| <input type="checkbox"/> Cancer de l'utérus (sarcome ou cancer de l'endomètre) | <input type="radio"/> Coupe Gishiri |

V. Admission

Date d'admission à la structure sanitaire (jj/mm/aaaa): _____

Admission à la structure indiquée:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Admission pour une thérapie non-chirurgicale – de fistule, de POP, ou d'incontinence | <input type="radio"/> Aucune admission indiquée |
| <input type="radio"/> Admission pour une thérapie chirurgicale – de fistule, de POP, ou d'incontinence | <input type="radio"/> Admission à l'hôpital pour une stabilisation avant l'opération chirurgicale |
| | <input type="radio"/> Admission à un logement (en dehors de l'hôpital) pour la stabilisation avant l'opération chirurgicale |

VI. Traitement non-chirurgicale

Traitement(s) non-chirurgical pour la fistule, le POP, l'incontinence, le suivi, le tractus génital *(cocher toutes les cases)*:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médicaments contre l'hyperactivité de la vessie (amitryptiline, et autres anti-cholinergiques) | <input type="checkbox"/> Pessaire |
| <input type="checkbox"/> Physiothérapie du plancher pelvien | <input type="checkbox"/> Cathéter |
| <input type="checkbox"/> Dilatateurs | <input type="checkbox"/> Débridement |
| <input type="checkbox"/> Perceuse à vessie | <input type="checkbox"/> Autre: _____ |

Etape indiquée: Oui Non

Résultat (s) du traitement non-chirurgical pour la fistule, le POP, l'incontinence, le tractus génital (cocher toutes les cases):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> La fistule–
Nombre des Jour(s) de sondage en tant que thérapie: _____
<input type="radio"/> Pas d'amélioration ou pire après la thérapie par sondage
<input type="radio"/> Plus petite mais toujours patente après la thérapie par sondage
<input type="radio"/> Fermée après le sondage- incontinence urinaire
<input type="radio"/> Fermée après sondage –continence urinaire | <input type="checkbox"/> POP–
<input type="radio"/> Pire avec le pessaire
<input type="radio"/> Pas d'amélioration avec le pessaire
<input type="radio"/> Petite amélioration, avec le pessaire
<input type="radio"/> Guérie avec le pessaire | <input type="checkbox"/> Incontinence–
<input type="radio"/> Pire
<input type="radio"/> Pas d'amélioration
<input type="radio"/> Petite amélioration, elle persiste
<input type="radio"/> Amélioration sensible, persiste
<input type="radio"/> Guérie |
|---|---|---|

VII. Surgical Traitement Chirurgical

Date de la chirurgie (jj/mm/aaaa): _____

Voie d'abord (Itinéraire d'opération) (cocher toutes les cases):

- Vaginale
- Abdominale
- Vaginale /abdominale combinée

Type of anesthesia Type d'anesthésie (cocher toutes les cases):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pas d'anesthésie | <input type="checkbox"/> Anesthésie générale - tube endotrachéal |
| <input type="checkbox"/> Sédation seulement | <input type="checkbox"/> Spinal ou péri-dural |
| <input type="checkbox"/> Kétamine | <input type="checkbox"/> Infiltration locale |
| | <input type="checkbox"/> Autre: _____ |

Traitement chirurgical pour la fistule, le POP, l'incontinence, le tractus génital (cocher toutes les cases):

Procédures de la Fistule

Vaginale –

- Vésico-vaginale
 - Petite médiane
 - Grande circonférentielle
 - Multiple
 - "Sur l'os latéral"
 - Péri--cervicale
- Fistule vésico-cervicale
- Fistule vésico utérine
- Mobilisation vésicale para vaginale
- Mobilisation vésicale antérieure
- Mobilisation postérieure de la vessie vésico-utérine
- Fistule urétrale partielle
- Ré-anastomose urétrale, postérieure
- Ré-anastomose urétrale, circonférentielle
- Reconstruction urétrale – tube de vessie antérieur
- Reconstruction urétrale – labiale/tube de peau vaginale
- Reconstruction urétrale– greffe de la muqueuse buccale
- Reconstruction urétrale – autre
- Réimplantation de la voie urétérale
- Sondage Urétéral

- Rectovaginal Recto vaginal –
 - Petit-moyen
 - Vagin circonférentiel moyen-bas
 - Vagin circonférentiel haut/col utérin
 - Au 4eme degré
- Rectangle d'avancement
- Interposition de levé plastie sur la fistule rectovaginale(FRV)
- Défauts cloacaux - combinaison Fistule vesicovaginale (FVV) et fistule rectovaginale (FRV)
- Périnéoplastie à la FRV
- Sphincteroplastie à la FRV
- Graft Martius Greffe Martius
 - Droite
 - Gauche
 - Droite+ Gauche
- Greffe périnéale/fesses/aine
 - Droite
 - Gauche
 - Droite+ Gauche
- Greffe péritonéale du compartiment antérieur
- Greffe péritonéale du compartiment postérieur

Procédures de la Fistule

Abdominale –

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ré anastomose urétrale, circonférentielle
<input type="checkbox"/> Vésicovaginale –
○ O'Conor (bivalve)
○ Cystotomie (non bivalve)
<input type="checkbox"/> Vesico-utérine
<input type="checkbox"/> Vesico-cervicale
<input type="checkbox"/> Utérus-utérine
<input type="checkbox"/> Recto-utérine
<input type="checkbox"/> Recto vaginale
<input type="checkbox"/> Dissection de l'uretère
<input type="checkbox"/> Sondage urétral
<input type="checkbox"/> Réimplantation urétrale directe
<input type="checkbox"/> Réimplantation urétrale sans reflux
<input type="checkbox"/> Nœud Psoas | <input type="checkbox"/> Boari flap Rabat Boari
<input type="checkbox"/> Greffe péritonéale
<input type="checkbox"/> Greffe omental J-flap
<input type="checkbox"/> Secum vaginal ou récolte sigmoïde pour le néo vagin
<input type="checkbox"/> Autres chirurgies concomitantes: _____
<input type="checkbox"/> Test bleu intra-op –
○ Négatif
○ Positif
<input type="checkbox"/> Procédures de détournement –
○ Dérivation urinaire: type: _____
○ Colostomie, type: _____ |
|---|--|

Procédures POP

Compartiment apex –

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hystéropexie (sélectionner l'ancrage de suspension ci-dessous)
<input type="checkbox"/> Trachéorragie pour une hypertrophie du col utérin, cm excisé: _____
<input type="checkbox"/> Hystérectomie (sélectionner l'ancrage de suspension du manchon vaginal ci-dessous)
<input type="checkbox"/> Utérus absent (sélectionner l'ancrage de suspension du manchon vaginal ci-dessous)
<input type="checkbox"/> Trompe(s) de Fallope excisée(s) (Préciser Droite ou Gauche)
<input type="checkbox"/> Ovaire(s) excisé (s) (Préciser Droite ou Gauche)
<input type="checkbox"/> Suspension to Suspension au:
○ Sacrum
○ Approche abdominale des ligaments utéro sacrés
○ Approche vaginale des ligaments utéro sacrés
○ Ligament (s) sacro épineux(s) [Préciser Droite ou Gauche] | <h4>Réparation ethéroccèle –</h4> <input type="checkbox"/> Sac non excisé
<input type="checkbox"/> Sac excisé
<h4>Compartiment antérieur –</h4> <input type="checkbox"/> Colporraphie antérieure
<h4>Réparation paravaginale –</h4> <input type="checkbox"/> Abdominale
<input type="checkbox"/> Vaginale
<h4>Compartiment postérieur & périnée –</h4> <input type="checkbox"/> Colporraphie
○ Sans levé plastie
○ Avec levé plastie
○ Réparations du site spécifique du fascia recto vaginal
<input type="checkbox"/> Perinéorragie
<input type="checkbox"/> Péri néoplasie complète |
|--|---|

Procédures d'incontinence

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Echarpe pubo-vaginale –
○ Rectus fascia
○ Fascia lata
○ Autre
<input type="checkbox"/> Urethropexie –
○ Burch/ abdominale
○ Vaginale | <input type="checkbox"/> Autre incontinence urinaire (i.e. augmentation à faible volume de la vessie, vessie à faible compli-ance, préciser: _____)
<input type="checkbox"/> Sphinctéroplastie anale –
○ Chevauchement "veste sur pantalons"
○ "De bout en bout"
○ "La configuration "U" ancrée au fascia du périnée"
<input type="checkbox"/> Opération d'incontinence anale, type de voies génitales, type: _____ |
|---|--|

Procédures des voies génitales

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reconstruction de rupture utérine
<input type="checkbox"/> Myomectomie
<input type="checkbox"/> Hystérectomie – Aucune indication de POP
<h4>Vaginoplastie –</h4> <input type="checkbox"/> Dissection oblitérante ou structurée du fibrome vaginale
<input type="checkbox"/> Greffe labiale, périnéale, ou rabat de fesse | <h4>Vaginoplasty Vaginoplastie –</h4> <input type="checkbox"/> Greffe péritonéale ou rabat musculaire du rectus
<input type="checkbox"/> Gros intestin néovagin
<input type="checkbox"/> Greffe de la peau néovagin (McIndoe)
<input type="checkbox"/> Cervicoplastie
<input type="checkbox"/> Revagination cervicale |
|--|---|

Résultat (s) de la thérapie chirurgicale de la fistule, POP, incontinence, tractus génital (*cocher toutes les cases*):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fistule urinaire –
<input type="radio"/> Persiste/réapparaît
<input type="radio"/> Fermée, continente, incontinente
<input type="radio"/> Fermée continente
<input type="checkbox"/> Fistule du tractus colorectal –
<input type="radio"/> Persiste/réapparaît
<input type="radio"/> Fermée, incontinente
<input type="radio"/> Fermée, continente
 | <input type="checkbox"/> POP –
<input type="radio"/> Pas d'amélioration
<input type="radio"/> Guérison partielle
<input type="radio"/> Guérison totale
<input type="checkbox"/> Une incontinence urinaire de novo après la chirurgie POP
<input type="checkbox"/> Une incontinence colorectale de novo après la chirurgie POP
<input type="checkbox"/> Rétrécissement vaginal après la chirurgie POP
 | <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire de stress –
<input type="radio"/> Pas d'amélioration
<input type="radio"/> Réduite
<input type="radio"/> Guérie
<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire par–
<input type="radio"/> Vessie hyperactive persistente
<input type="radio"/> Vessie hyperactive de novo
<input type="checkbox"/> Obstruction de la sortie de novo, difficulté d'évacuation urinaire
<input type="checkbox"/> Incontinence du tractus colorectal –
<input type="radio"/> Pas d'amélioration
<input type="radio"/> Réduite
<input type="radio"/> Guérie
<input type="checkbox"/> Rétrécissement rectal de novo causant des douleurs ou une constipation
 |
|--|--|--|
- L'impact de la chirurgie de fistule sur le tractus génital -
- Vagin au contour normal
 - Contour normal du col utérin et sa perméabilité
 - Fibrose vaginale qui nécessite une reconstruction
 - Col de l'utérus sténosique ou autre défaut qui nécessite une cervicoplastie

Nombre de jour (s) de sondage après la chirurgie de fistule: _____

Nombre des mois de suivi: _____

VIII. Complications et Événements Sentinelles

Résumé des événements sentinelles:

- Des événements sentinelles se sont produits, le suivi n'était pas terminé
- Des événements sentinelles se sont produits, suivi terminé
- Aucun événement sentinelle

Treatment complications Complications du traitement (*check all that apply (cocher toutes les cases)*):

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <u>Anesthésie & Cardiorespiratoire:</u>
<input type="checkbox"/> Haute colonne vertébrale
<input type="checkbox"/> Aspiration
<input type="checkbox"/> Arrêt respiratoire
<input type="checkbox"/> Arrêt cardiaque
<input type="checkbox"/> Décès | <u>Intra-opératoire:</u>
<input type="checkbox"/> Uretère ou reins
<input type="checkbox"/> Intestins
<input type="checkbox"/> Principaux (gros vaisseaux sanguins)
<input type="checkbox"/> Hémorragie chirurgicale qui nécessite une transfusion sanguine intra/post-op | <u>Postopératoires:</u>
<input type="checkbox"/> Admission aux soins intensifs
<input type="checkbox"/> Réparation de la plaie après la fistule
<input type="checkbox"/> Obstruction urétérale
<input type="checkbox"/> Récidive immédiate du POP à l'hôpital
<input type="checkbox"/> Etat septique | <input type="checkbox"/> Uro-péritoine
<input type="checkbox"/> Feco-péritoine
<input type="checkbox"/> Hemoperitoine
<input type="checkbox"/> Hématome
<input type="checkbox"/> Meno-urie
<input type="checkbox"/> Feco-urie (Selles mélangées aux urines) |
|--|---|---|--|

IX. Sortie (Décharge)

Date de sortie (of décharge) (jj/mm/aaaa):

Durée totale du séjour (LOS) à la structure sanitaire (Nombre des jours): _____

X. Liste de Contrôle de Sécurité Terminée

Liste de contrôle terminée

Cocher une case pour chaque liste.

1. Candidature chirurgicale	<input type="radio"/> Pas terminé	<input type="radio"/> Partiellement terminé	<input type="radio"/> Complètement terminé
2. Dégagement pré- op	<input type="radio"/> Pas terminé	<input type="radio"/> Partiellement terminé	<input type="radio"/> Complètement terminé
3. Sécurité chirurgicale de l'OMS	<input type="radio"/> Pas terminé	<input type="radio"/> Partiellement terminé	<input type="radio"/> Complètement terminé
4. Rapport d'exploitation	<input type="radio"/> Pas terminé	<input type="radio"/> Partiellement terminé	<input type="radio"/> Complètement terminé
5. Transport de la patiente	<input type="radio"/> Pas terminé	<input type="radio"/> Partiellement terminé	<input type="radio"/> Complètement terminé
6. Soins quotidiens Post-op	<input type="radio"/> Pas terminé	<input type="radio"/> Pas terminé tous les jours	<input type="radio"/> Terminé tous les jours
7. Résumé de la sortie(décharge)	<input type="radio"/> Pas terminé	<input type="radio"/> Partiellement terminé	<input type="radio"/> Complètement terminé

XI. Séance de Counseling sur la Planification Familiale

 Calendrier des
 counselings de PF

Cocher seulement une case, sauf pour les questions sur la (les) méthode(s).

	Eligibilité & les besoins évalués	Evalués, éligibles – <input type="radio"/> Besoins pour le PF <input type="radio"/> Pas de besoins pour le PF	<input type="radio"/> Evalués, non éligibles <input type="radio"/> Non évalués <input type="radio"/> Différés
1. Admission	Méthode(s) de contraception actuelle(s) ou en cours courante(s) (cocher toutes les cases)	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Rythme <input type="checkbox"/> Retrait <input type="checkbox"/> Préservatifs masculins <input type="checkbox"/> Préservatifs féminins	<input type="checkbox"/> Spermicides <input type="checkbox"/> Diaphragme <input type="checkbox"/> Cape cervicale <input type="checkbox"/> Pilules orales <input type="checkbox"/> Depo-Provera <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Vasectomie <input type="checkbox"/> Ligature des trompes <input type="checkbox"/> Abstinence <input type="checkbox"/> Autre: _____
	Renouvellement de la méthode contraceptive	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Différés
2. Prétraitement	Counselings terminés	<input type="radio"/> Pas éligibles pour le PF <input type="radio"/> Différé	Eligible pour le PF – <input type="radio"/> Counselings (Conseils) terminés <input type="radio"/> Counselings (Conseils) pas terminés
3. Intra-op	Ligature des trompes pendant la chirurgie	Eligible, requis – <input type="radio"/> Pas faits <input type="radio"/> Terminés	<input type="radio"/> Eligible, non offert/pas de counseling <input type="radio"/> Non éligible
4. Post-traitement	Counselings terminés	<input type="radio"/> Pas éligibles pour le PF <input type="radio"/> Différé	Eligible pour le PF – <input type="radio"/> Counselings (Conseils) terminés <input type="radio"/> Counselings (Conseils) pas terminés
5. Discharge	Counselings terminés	<input type="radio"/> Pas éligibles pour le PF <input type="radio"/> Différé	Eligible pour le PF – <input type="radio"/> Counselings (Conseils) terminés <input type="radio"/> Counselings (Conseils) pas terminés
	Méthode de contraception à la sortie (cocher toutes les cases)	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Rythme <input type="checkbox"/> Retrait <input type="checkbox"/> Préservatifs masculins <input type="checkbox"/> Préservatifs féminins	<input type="checkbox"/> Spermicides <input type="checkbox"/> Diaphragme <input type="checkbox"/> Cape cervicale <input type="checkbox"/> Pilules orales <input type="checkbox"/> Depo-Provera <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Vasectomie <input type="checkbox"/> Ligature des trompes <input type="checkbox"/> Abstinence <input type="checkbox"/> Autre: _____