

Enquête de base pour la mise en place du financement basé sur la performance - Santé



CAMEROUN

2012



IDENTIFIANT

Numéro section
d'énumération

NUMÉRO DU
QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX FORMATIONS SANITAIRES
F7: ENTREVUE EN SORTIE DE CONSULTATION - PATIENTS DE 5 ANS ET PLUS

SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Région Département Arrondissement District

Aire de santé Village/quartier

NOM DE LA FORMATION SANITAIRE :

CODE DE LA FORMATION SANITAIRE :

ENQUÊTEUR ET DATE

NOM :

CODE:

DATE:

JOUR		MOIS		ANNÉE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RÉSULTAT DE L'ENTREVUE :

ENTREVUE RÉALISÉE	01
PARTIELLEMENT RÉALISÉE	02
PATIENT A REFUSÉ	03
ACCOMPAGNATEUR DU PATIENT A REFUSÉ	04
AUTRE, PRÉCISER: _____	97

Heure de début: / H / MN

Heure de fin: / H / MN

LANGUE UTILISÉE

... PAR
L'ENQUÊTEUR ?

... PAR LA PERSONNE
INTERROGÉE

AVEZ VOUS REQUIS LES SERVICES DU
TRADUCTEUR?

Français	01
Anglais	02
Pidgin	03
Moungo-Ewondo	04
Autres à préciser	97

JAMAIS	1
PARFOIS	2
TOUJOURS	3

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ, A RECUEILLIR AVANT LE DÉBUT DE L'ENTREVUE

ENQUÊTEUR, LIRE : Salut ! Je m'appelle _____, je travaille à l'IFORD. Le Ministère de la santé nous a demandé de mener une enquête portant sur les formations sanitaires au Cameroun. Aujourd'hui, nous allons nous entretenir avec le personnel des formations sanitaires, leurs responsables et les patients. Nous voulons déterminer le niveau général et la qualité des prestations de service dans les centres de santé du Cameroun. Si vous acceptez de prendre part à cet exercice, votre confidentialité sera respectée. Vous avez le droit de refuser de prendre part aux entretiens, soit au début, soit à n'importe quelle étape du processus. Toutefois, les informations que vous allez fournir sont d'une importance capitale pour le Ministère de la santé qui s'en servira dans l'amélioration des services de santé au Cameroun. Voulez-vous prendre part à l'enquête aujourd'hui ?

OUI 1 NON 2

CONTRÔLEUR

NOM :

CODE:

JOUR		MOIS		ANNÉE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OPÉRATEUR DE SAISIE DE DONNÉES

NOM :

CODE:

JOUR		MOIS		ANNÉE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) Identification		ENREGISTRER LES RÉPONSES																																											
LES QUESTIONS SUIVANTES CONCERNENT LE PRINCIPAL PERSONNEL DE SANTE.																																													
(1,01)	INSÉRER LE NUMÉRO DE SUIVI DU PERSONNEL DE SANTE	A PARTIR DE LA LISTE DU PERSONNEL A LA FICHE 1																																											
(1,02)	Nom de l'agent de santé																																												
(1,03)	Sexe de l'agent de santé	HOMME 01																																											
		FEMME 02																																											
(1,04)	Poste en tant qu'agent de santé tel que définit par le Ministère de la santé au sein de cette formation sanitaire?	<table border="1"> <tr><td>Médecin</td><td>1</td></tr> <tr><td>Infirmier Principal</td><td>2</td></tr> <tr><td>Technicien Supérieur en Soins Infirmiers</td><td>3</td></tr> <tr><td>Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)</td><td>4</td></tr> <tr><td>IDE Anesthésiste</td><td>5</td></tr> <tr><td>IDE Accoucheur (SR)</td><td>6</td></tr> <tr><td>IDE Puériculture</td><td>7</td></tr> <tr><td>IDE Ophtalmologie</td><td>8</td></tr> <tr><td>TMS</td><td>9</td></tr> <tr><td>TMS option Laboratoire</td><td>10</td></tr> <tr><td>TMS option Odontostomatologie</td><td>11</td></tr> <tr><td>TMS option ORL</td><td>12</td></tr> <tr><td>Commis de pharmacie/TMS option Pharmacie</td><td>13</td></tr> <tr><td>ATMS</td><td>14</td></tr> <tr><td>Technicien de Maintenance</td><td>15</td></tr> <tr><td>Technicien de Génie Sanitaire</td><td>16</td></tr> <tr><td>Infirmier Breveté</td><td>17</td></tr> <tr><td>Infirmier Breveté Accoucheur</td><td>18</td></tr> <tr><td>Techniciens Adjoints de Laboratoire</td><td>19</td></tr> <tr><td>Aides-Soignants</td><td>20</td></tr> <tr><td>Autres , préciser</td><td>97</td></tr> </table>	Médecin	1	Infirmier Principal	2	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	3	Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)	4	IDE Anesthésiste	5	IDE Accoucheur (SR)	6	IDE Puériculture	7	IDE Ophtalmologie	8	TMS	9	TMS option Laboratoire	10	TMS option Odontostomatologie	11	TMS option ORL	12	Commis de pharmacie/TMS option Pharmacie	13	ATMS	14	Technicien de Maintenance	15	Technicien de Génie Sanitaire	16	Infirmier Breveté	17	Infirmier Breveté Accoucheur	18	Techniciens Adjoints de Laboratoire	19	Aides-Soignants	20	Autres , préciser	97	
Médecin	1																																												
Infirmier Principal	2																																												
Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	3																																												
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)	4																																												
IDE Anesthésiste	5																																												
IDE Accoucheur (SR)	6																																												
IDE Puériculture	7																																												
IDE Ophtalmologie	8																																												
TMS	9																																												
TMS option Laboratoire	10																																												
TMS option Odontostomatologie	11																																												
TMS option ORL	12																																												
Commis de pharmacie/TMS option Pharmacie	13																																												
ATMS	14																																												
Technicien de Maintenance	15																																												
Technicien de Génie Sanitaire	16																																												
Infirmier Breveté	17																																												
Infirmier Breveté Accoucheur	18																																												
Techniciens Adjoints de Laboratoire	19																																												
Aides-Soignants	20																																												
Autres , préciser	97																																												
(1,05)	Type de formation sanitaire. PCA: privée confessionnelle assimilée	<table border="1"> <tr><td>Hôpital de district</td><td>1</td></tr> <tr><td>Centre Médical d'Arrondissement</td><td>2</td></tr> <tr><td>Centre de Santé Intégrée</td><td>3</td></tr> <tr><td>FOSA PCA Hôpital de district</td><td>4</td></tr> <tr><td>FOSA PCA Centre Médical d'Arrondisst</td><td>5</td></tr> <tr><td>FOSA PCA Centre de Santé Intégrée</td><td>6</td></tr> <tr><td>Formation sanitaire privée à but lucratif</td><td>7</td></tr> <tr><td>Autre, préciser :</td><td>97</td></tr> </table>	Hôpital de district	1	Centre Médical d'Arrondissement	2	Centre de Santé Intégrée	3	FOSA PCA Hôpital de district	4	FOSA PCA Centre Médical d'Arrondisst	5	FOSA PCA Centre de Santé Intégrée	6	Formation sanitaire privée à but lucratif	7	Autre, préciser :	97																											
Hôpital de district	1																																												
Centre Médical d'Arrondissement	2																																												
Centre de Santé Intégrée	3																																												
FOSA PCA Hôpital de district	4																																												
FOSA PCA Centre Médical d'Arrondisst	5																																												
FOSA PCA Centre de Santé Intégrée	6																																												
Formation sanitaire privée à but lucratif	7																																												
Autre, préciser :	97																																												

	POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES AU PATIENT OU SON ACCOMPAGNATEUR. SI L'ENFANT EST ÂGÉ(E) DE MOINS DE 5 ANS, ARRÊTEZ L'OBSERVATION ET PASSEZ AU SUIVANT.			
(1,06)	Qui répond à l'interview?	Patient	1	► (1,08)
		Accompagnateur	2	
(1,07)	Quel est le lien de parenté avec le patient?	Mère	01	
		Père	02	
		Autre parent de sexe masculin	03	
		Autre parent de sexe féminin	04	
		AUTRE, PRÉCISER:	97	
(1,08)	Est ce la première fois que le patient est conduit/ vous venez à ce centre de santé?	OUI	01	
		NON	02	
(1,09)	Sexe du patient?	HOMME	01	
		FEMME	02	
(1,10)	Quel âge du patient/ est votre âge? NOTER ANNÉES RÉVOLUES			
(1,11)	Pouvez-vous lire et écrire?	OUI	01	
		NON	02	
(1,12)	Quel est votre niveau scolaire / quel est le niveau scolaire du patient?	Aucun	01	► (1,14)
		Primaire	02	
		Secondaire 1er cycle	03	
		Secondaire 2ème cycle	04	
		Supérieur	05	
(1,13)	Quelle est la classe la plus élevée achevée dans ce niveau?			
(1,14)	SI AGE EST SUPERIEUR A 12 ANS	Célibataire	01	
		Marié (e) / union libre	02	
	Quel est votre statut matrimonial?	Veuf/ve	03	
		Divorcé (e)/ séparé(e)	04	

(2)	Traitement et conseils	ENREGISTRER LES RÉPONSES																																										
COMMENCEZ CETTE SECTION EN DISANT " A présent j'aimerais savoir ce qui vous a fait venir à ce centre de santé."																																												
(2,01)	Quel est l'objet de votre visite / ou du patient dans ce centre de santé aujourd'hui? ENREGISTRER "1" SI LA RAISON EST CITÉE ET "2" SINON	<table border="1"> <tr> <td>a.</td> <td>Traitement d'une maladie</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td>Planning familial ▶</td> <td>(2,04)</td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td>Nutrition de l'enfant ▶</td> <td>(2,04)</td> </tr> <tr> <td>d.</td> <td>Soins post partum ▶</td> <td>(2,04)</td> </tr> <tr> <td>e.</td> <td>Autre, précisez</td> <td></td> </tr> </table>	a.	Traitement d'une maladie		b.	Planning familial ▶	(2,04)	c.	Nutrition de l'enfant ▶	(2,04)	d.	Soins post partum ▶	(2,04)	e.	Autre, précisez																												
a.	Traitement d'une maladie																																											
b.	Planning familial ▶	(2,04)																																										
c.	Nutrition de l'enfant ▶	(2,04)																																										
d.	Soins post partum ▶	(2,04)																																										
e.	Autre, précisez																																											
(2,02)	Depuis combien de jours est ce que cette maladie a-t-elle commencé?	NOMBRE DE JOURS																																										
(2,03)	Quels étaient les premiers signes de la maladie? NE PAS LIRE LES OPTIONS, pour chaque option, ENREGISTRER "1" si mentionné, ET «2» si rien n'est indiqué. MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2	<table border="1"> <tr><td>a.</td><td>DIARRHÉE</td><td></td></tr> <tr><td>b.</td><td>FIÈVRE</td><td></td></tr> <tr><td>c.</td><td>TOUX / RESPIRATION DIFFICILE</td><td></td></tr> <tr><td>d.</td><td>INFECTION DE LA PEAU/ PLAIE INFECTÉE</td><td></td></tr> <tr><td>e.</td><td>AMYGDALITE / MAUX DE GORGE</td><td></td></tr> <tr><td>f.</td><td>OTITE MOYENNE/ MAUX DANS L'OREILLE</td><td></td></tr> <tr><td>g.</td><td>VOMISSEMENTS</td><td></td></tr> <tr><td>h.</td><td>EPUISEMENT</td><td></td></tr> <tr><td>i.</td><td>MAUX DE TÊTE</td><td></td></tr> <tr><td>j.</td><td>DOULEURS</td><td></td></tr> <tr><td>k.</td><td>REFUS DE MANGER</td><td></td></tr> <tr><td>l.</td><td>PERTE DE POIDS</td><td></td></tr> <tr><td>m.</td><td>BLESSURE</td><td></td></tr> <tr><td>n.</td><td>Autre, précisez</td><td></td></tr> </table>	a.	DIARRHÉE		b.	FIÈVRE		c.	TOUX / RESPIRATION DIFFICILE		d.	INFECTION DE LA PEAU/ PLAIE INFECTÉE		e.	AMYGDALITE / MAUX DE GORGE		f.	OTITE MOYENNE/ MAUX DANS L'OREILLE		g.	VOMISSEMENTS		h.	EPUISEMENT		i.	MAUX DE TÊTE		j.	DOULEURS		k.	REFUS DE MANGER		l.	PERTE DE POIDS		m.	BLESSURE		n.	Autre, précisez	
a.	DIARRHÉE																																											
b.	FIÈVRE																																											
c.	TOUX / RESPIRATION DIFFICILE																																											
d.	INFECTION DE LA PEAU/ PLAIE INFECTÉE																																											
e.	AMYGDALITE / MAUX DE GORGE																																											
f.	OTITE MOYENNE/ MAUX DANS L'OREILLE																																											
g.	VOMISSEMENTS																																											
h.	EPUISEMENT																																											
i.	MAUX DE TÊTE																																											
j.	DOULEURS																																											
k.	REFUS DE MANGER																																											
l.	PERTE DE POIDS																																											
m.	BLESSURE																																											
n.	Autre, précisez																																											
(2,04)	Etes vous venu dans ce centre de santé par votre propre choix, ou référé à partir d'un autre centre de santé ou dirigé par un agent de santé communautaire?	<table border="1"> <tr> <td>Je suis venu de ma propre initiative</td> <td>01</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dirigé par un agent de santé d'un autre centre de santé</td> <td>02</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dirigé par un agent de santé communautaire</td> <td>03</td> <td></td> </tr> </table>	Je suis venu de ma propre initiative	01		Dirigé par un agent de santé d'un autre centre de santé	02		Dirigé par un agent de santé communautaire	03																																		
Je suis venu de ma propre initiative	01																																											
Dirigé par un agent de santé d'un autre centre de santé	02																																											
Dirigé par un agent de santé communautaire	03																																											
(2,05)	Est ce qu'un des membres du personnel médical vous a demandé votre âge/le patient?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>01</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>02</td> <td></td> </tr> </table>	OUI	01		NON	02																																					
OUI	01																																											
NON	02																																											
(2,06)	Est ce qu'un des membres du personnel médical vous a pesé/le patient?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>01</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>02</td> <td></td> </tr> </table>	OUI	01		NON	02																																					
OUI	01																																											
NON	02																																											
(2,07)	Est ce qu'un des membres du personnel médical a pris votre taille/le patient?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>01</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>02</td> <td></td> </tr> </table>	OUI	01		NON	02																																					
OUI	01																																											
NON	02																																											
(2,08)	Est ce qu'un des membres du personnel médical vous a examiné physiquement/ le patient?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>01</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>02</td> <td></td> </tr> </table>	OUI	01		NON	02																																					
OUI	01																																											
NON	02																																											
(2,09)	Durant cette consultation, est ce que l'agent de santé vous a dit ce qui n'allait pas avec votre santé/la santé du patient?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>01</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>02 ▶</td> <td>(2,11)</td> </tr> </table>	OUI	01		NON	02 ▶	(2,11)																																				
OUI	01																																											
NON	02 ▶	(2,11)																																										
(2,10)	Que vous a dit l'agent de santé à propos de votre santé/la santé du patient? NE PAS LIRE LES OPTIONS, POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER "1" SI MENTIONNÉ, ET «2» SI RIEN N'EST INDiqué. MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2	<table border="1"> <tr><td>a.</td><td>PALUDISME</td><td></td></tr> <tr><td>b.</td><td>FIÈVRE</td><td></td></tr> <tr><td>c.</td><td>ROUGEOLE</td><td></td></tr> <tr><td>d.</td><td>DESHYDRATION</td><td></td></tr> <tr><td>e.</td><td>INFECTION VIRALE / GRIPPE</td><td></td></tr> <tr><td>f.</td><td>DIARRHÉE</td><td></td></tr> <tr><td>g.</td><td>DYSENTERIE/ DIARRHÉE SANGUINOLENTE</td><td></td></tr> <tr><td>h.</td><td>RHUME/ INFECTION DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES</td><td></td></tr> <tr><td>i.</td><td>PNEUMONIE</td><td></td></tr> <tr><td>j.</td><td>MALNUTRITION</td><td></td></tr> <tr><td>k.</td><td>INFECTIONS PARASITAIRES</td><td></td></tr> </table>	a.	PALUDISME		b.	FIÈVRE		c.	ROUGEOLE		d.	DESHYDRATION		e.	INFECTION VIRALE / GRIPPE		f.	DIARRHÉE		g.	DYSENTERIE/ DIARRHÉE SANGUINOLENTE		h.	RHUME/ INFECTION DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES		i.	PNEUMONIE		j.	MALNUTRITION		k.	INFECTIONS PARASITAIRES										
a.	PALUDISME																																											
b.	FIÈVRE																																											
c.	ROUGEOLE																																											
d.	DESHYDRATION																																											
e.	INFECTION VIRALE / GRIPPE																																											
f.	DIARRHÉE																																											
g.	DYSENTERIE/ DIARRHÉE SANGUINOLENTE																																											
h.	RHUME/ INFECTION DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES																																											
i.	PNEUMONIE																																											
j.	MALNUTRITION																																											
k.	INFECTIONS PARASITAIRES																																											


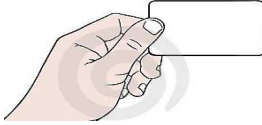

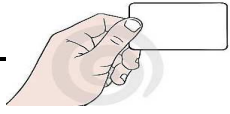
		l.	DIABETES	
		m	HYPERTENSION	
		n.	BLESSURE	
		o.	IST	
		p.	Autre, précisez	
(2,11)	Est-ce que l'agent de santé vous a donné des directives à suivre à la maison par rapport au traitement de votre maladie/ du patient?	OUI	01	
		NON	02 ► (2,13)	
(2,12)	Qu'est ce qu'il vous a demandé de faire?	a.	DONNER PLUS A BOIRE	
		b.	SE REPOSER	
	NE PAS LIRE LES OPTIONS, POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER "1" SI MENTIONNÉ, ET «2» SI RIEN N'EST INDIQUÉ. MENTIONNÉ.....1	c.	BAINS TIÈDES POUR LES CAS DE FIÈVRE	
		d.	GARDER L'ENFANT AU CHAUD	
		e.	ÉVITER DE DONNER DES MÉDICAMENTS AUTRES QUE CEUX PRESCRITS AUJOURD'HUI	
	NON MENTIONNÉ.....2	f.	Autre, précisez	
(2,13)	Est ce que l'agent de santé vous a demandé de revenir / ramener le patient si son état s'aggrave?	OUI	01	
		NON	02 ► (2,15)	
(2,14)	A partir de ce que vous a dit l'agent de santé, comment saurez-vous que l'état du patient s'aggrave et s'il faut le ramener?	a.	LA FIÈVRE NE CESSE PAS APRÈS UN CERTAIN TEMPS	
	NE PAS LIRE LES OPTIONS , POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER "1" SI MENTIONNÉ, ET «2» SI RIEN N'EST INDIQUÉ. MENTIONNÉ.....1	b.	LA FIÈVRE S'AGGRAVE	
		c.	LE PATIENT N'ARRIVE PAS A BOIRE OU BOIT DIFFICILEMENT	
	NON MENTIONNÉ.....2	d.	CHANGEMENT D'ÉTAT DE CONSCIENCE	
		e.	DIARRHÉE PERSISTANTE	
		f.	PRÉSENCE DU SANG DANS LES SELLES	
		g.	LE PATIENT SE MET A RESPIRER RAPIDEMENT OU SENT DES DIFFICULTÉS	
		h.	L'ÉTAT DU PATIENT S'EMPIRE SANS RAISON APPARENTE	
		i.	APPARITION DE NOUVEAUX SYMPTÔMES	
		j.	Autre, précisez	
(2,15)	Avez-vous / a-t-il reçu des médicaments ou prescriptions aujourd'hui dans ce centre de santé? NE PAS LIRE LES OPTIONS, POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER DANS LA CASE CORRESPONDANTE "1" SI MENTIONNÉ, ET «2» SI RIEN N'EST INDIQUÉ.	a.	J'ai/ le patient a reçu des médicaments dans ce centre de santé?	
		b.	J'ai/le patient a reçu une ordonnance et a acheté les médicaments dans le centre	
		c.	J'ai/le patient a reçu une ordonnance avec des médicaments à acheter hors du centre de santé	
		d.	Je/le patient n'a reçu ni des médicaments ni une ordonnance	
(2,16)	Au total, combien de médicaments vous ont-ils été donnés ou prescrits / le patient?			
(2,17)	Quels médicaments vous a-t-on prescrit? ENQUÊTEUR: VÉRIFIEZ LES MÉDICAMENTS SUR L'ORDONNANCE POUR CONFIRMATION	1		
		2		
		3		
		4		
		5		

(2,18)	Quel médicament vous a-t-on administré ENQUÊTEUR: VÉRIFIEZ LES MÉDICAMENTS POUR CONFIRMATION	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
(2,19)	Combien de temps vous faut-il pour aller de ce centre de santé à la (pharmacie) l'endroit où vous achetez les médicaments prescrits en utilisant le moyen de transport habituel? (aller simple) (SI C'EST AU SEIN DE LA FORMATION SANITAIRE ENREGISTRER 0)	minutes		
(2,20)	Quel est le moyen habituel utilisé pour le transport?	À pieds	1	
		Vélo	2	
		Animal	3	
		Voiture personnelle	4	
		Moto personnelle	5	
		Transports en commun (bus, car, taxi)	6	
		Moto-taxi	7	
(2,21)	Est ce que l'agent de santé vous a bien expliqué comment prendre les médicaments?	OUI 01		
		NON 02		
(2,22)	Est ce que le(s) agent(s) de santé vous a/ont parlé des éventuels effets secondaires des médicaments prescrits ou donnés?	OUI 01		
		NON 02		
(2,23)	Est ce que l'agent de santé vous a donné un jour précis de rendez-vous pour le suivi?	OUI 01		
		NON 02		

(3)	Transport et dépenses du patient		ENREGISTRER LES RÉPONSES	
(3,01)	Quelle est la distance entre votre domicile et ce centre de santé en kilomètres?	KILOMÈTRES		
(3,02)	Combien de temps avez-vous mis/ le patient pour partir de chez vous à ce centre de santé aujourd'hui? (aller simple)	a. Minutes		
(3,03)	Quel était votre principal moyen de transport aujourd'hui? (aller simple)	À pieds	1	
		Vélo	2	
		Animal	3	
		Voiture personnelle	4	
		Moto personnelle	5	
		Transports en commun (bus, car, taxi, moto)	6	
		Autre (Préciser : _____)	97	
(3,04)	Combien avez-vous payé en FCFA /le patient pour arriver ici aujourd'hui? (aller simple)	FCFA		
(3,05)	Combien de temps avez-vous attendu avant d'être consulté dans ce centre de santé aujourd'hui?	a. Minutes		
(3,06)	Était-ce trop long comme attente?	OUI 01		
		NON 02		
(3,07)	Combien de temps avez-vous / le patient passé avec le médecin ou l'infirmière en consultation?	a. Minutes		
(3,08)	Était-ce trop long?	OUI 01		
		NON 02		
(3,09)	Avez-vous payé des frais de consultation aujourd'hui?	OUI 01		
		NON 02 ► (3,11)		
(3,10)	Combien avez-vous payé pour cela en monnaie locale CFA?	FCFA		
(3,11)	A part les frais de consultation, l'agent de santé/ médecin vous a demandé pour l'argent additionnel?	OUI 01		
		NON 02 ► (3,13)		
(3,12)	Combien avez-vous donné pour cela en monnaie locale CFA?	FCFA		
(3,13)	Avez-vous fait des examens de laboratoire aujourd'hui?	OUI 01		
		NON 02 ► (3,15)		
(3,14)	Combien avez-vous payé pour cela en monnaie locale CFA?	FCFA		
(3,15)	Avez-vous fait une radiologie aujourd'hui?	OUI 01		
		NON 02 ► (3,17)		
(3,16)	Combien avez-vous payé pour cela?	FCFA		
(3,17)	Avez-vous reçu des médicaments à la pharmacie de la formation sanitaire aujourd'hui?	OUI 01		
		NON 02 ► (3,19)		

(3,18)	Combien avez-vous payé pour cela en monnaie locale CFA?	FCFA	
(3,19)	Combien avez-vous dépensé au total au centre de santé (FCFA local) pour cette visite, sans inclure les frais de transport? ENQUÊTEUR : VÉRIFIER QUE LE TOTAL CORRESPOND EFFECTIVEMENT AUX DIVERS MONTANTS MENTIONNES) SI LE PATIENT N'A RIEN DÉPENSÉ, ALLEZ A (4,01)	FCFA	
(3,20)	Quelle est la source de l'argent que vous avez utilisé pour payer les soins aujourd'hui?	a. Épargne ou budget normal du ménage	
		b. Assurance maladie	
	NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER "1" SI MENTIONNÉ, ET «2» SI RIEN N'EST INDIQUÉ. MENTIONNÉ.....1	c. Vente des biens du ménage	
	NON MENTIONNÉ.....2	d. Hypothèque ou vente de terrain	
		e. D'un ami ou parent	
		f. Emprunt de quelqu'un autre qu'un ami ou un parent	
		g. Autre, précisez	
(3,21)	Êtes-vous / le patient couvert par une assurance maladie?	OUI 01	
		NON 02 ► (4,01)	
(3,22)	Quel type d'assurance maladie?	Publique 01	
		Privée 02	
		Mutuelle de santé 03	
		Plus d'un type 04	
(3,23)	Pendant les 12 derniers mois, pendant combien de mois est ce que le ménage a été ouvert par une assurance?	MOIS	
(3,24)	Quels sont les services couverts par ce régime d'assurance-maladie?	a. Consultation de routine pour bébé bien portant (y compris vaccination)	
	LIRE A HAUTE VOIX	b. Soins aux enfants malades	
	OUI.....1	c. Autres consultations externes	
	NON.....2	d. Les soins prénataux pour les femmes enceintes	
		e. Soins d'accouchement pour les femmes enceintes	
		f. Les soins post-partum pour les femmes et les nouveau-	
		g. Hospitalisations et soins aux patients hospitalisés	
		h. AUTRE, PRÉCISER	
(3,25)	Devez-vous payer les éléments suivants avant d'avoir accès aux avantages de votre assurance? LIRE A HAUTE VOIX	a. Prime	
	OUI.....1	b. Frais fixe de visite au centre de santé	
	NON.....2	c. Co-assurance	
		d. Co paiement	

(4)	Satisfaction du patient	ENREGISTRER LES RÉPONSES
(4,01)	Quelle est la principale raison qui vous a poussé à choisir ce centre de santé aujourd'hui et non un autre? NE PAS LIRE LES CHOIX, UNE SEULE RÉPONSE EST PERMISE	Emplacement proche du domicile 01
		Bas prix 02
		Confiance aux soignants / bonne qualité des soins 03
		Disponibilité des médicaments 04
		Disponibilité des femmes agents de santé 05
		Référence par un autre centre de santé 06
		Recommandation de la famille/ ami 07
		Nature de la maladie 08
		Autre: 97
		Préciser
(4,02)	Quelle est la 2ème plus importante raison qui vous a poussé à choisir ce centre de santé aujourd'hui et non un autre? NE PAS LIRE LES CHOIX, UNE SEULE RÉPONSE EST PERMISE	Emplacement proche du domicile 01
		Bas prix 02
		Confiance aux soignants / bonne qualité des soins 03
		Disponibilité des médicaments 04
		Disponibilité des femmes agents de santé 05
		Référence par un autre centre de santé 06
		Recommandation de la famille/ ami 07
		Nature de la maladie 08
		Autre: 97
		Préciser

(4) Satisfaction du patient (suite)				
Je vais vous lire une série de déclarations concernant ce centre de santé. Dites-moi si vous êtes d'accord ou pas avec chaque déclaration. Certaines déclarations peuvent ne pas s'appliquer à votre situation. Dites-moi si une déclaration ne s'applique pas à vous				
		RÉPONSE	ENREGISTRER LE CODE DE LA RÉPONSE	
<p>LIRE CHAQUE DÉCLARATION A L'ENQUÊTE ET ENREGISTRER LES CODES DE REPONSES POUR CHAQUE QUESTION.</p>  <p>VEUILLEZ MONTRER ET DEMANDER DE CHOISIR LES CARTES COLORÉES ET NUMÉROTÉES PORTANT LES CODES DES RÉPONSES</p> <p>CODE DE RÉPONSE oui- 1, Ni oui, ni non - 2, Non - 3, Sans objet - 4</p> 	(4,03)	Le centre de santé est accessible à partir de votre domicile.		
	(4,04)	Le centre de santé est propre		
	(4,05)	Le personnel médical est courtois et respectueux		
	(4,06)	Le personnel médical vous a bien expliqué votre condition		
	(4,07)	On trouve facilement les médicaments que les soignants prescrivent.		
	(4,08)	Les frais pour cette consultation étaient raisonnables.		
	(4,09)	Les frais de laboratoire pendant cette visite étaient raisonnables.		
	(4,10)	Les frais de médicaments pour cette consultation étaient raisonnables.		
	(4,11)	Les frais de transport pour cette consultation étaient raisonnables.		
	(4,12)	Les soignants ne demandent pas pour les cadeaux comme le paiement additionnel		
	(4,13)	Le temps passé à attendre son tour chez le soignant était raisonnable.		
	(4,14)	Vous avez eu assez d'intimité pendant la consultation.		
	(4,15)	L'agent de santé a passé assez de temps avec vous.		
	(4,16)	Le centre est ouvert à des heures convenables.		
	(4,17)	En général, la qualité des services offerts était satisfaisante.		
	(5) Sécurité et confiance			
	Je vais vous lire une série de déclarations concernant la sécurité et la confiance dans ce centre de santé. Veuillez répondre aux déclarations comme vous l'avez fait ci-haut en confirmant si vous êtes d'accord ou non avec chaque déclaration. Veuillez me dire si l'une des déclarations ne s'applique pas à vous.			
<p>LIRE CHAQUE DÉCLARATION A L'ENQUÊTE ET ENREGISTRER LES CODES DE REPONSES POUR CHAQUE QUESTION.</p>  <p>VEUILLEZ MONTRER ET DEMANDER DE CHOISIR UNE CARTE</p>  <p>CODE DE RÉPONSE oui- 1, Ni oui, ni non - 2, Non - 3, Non applicable - 4</p>	(5,01)	le niveau de sécurité dans le centre de santé empêche aux membres de la communauté de jouir des services de santé disponibles.		
	(5,02)	Le personnel soignant de ce centre de santé est dévoué et minutieux.		
	(5,03)	Le personnel soignant de ce centre est honnête et respecte les patients		
	(5,04)	Vous faites confiance aux capacités et aptitudes des soignants de ce centre de santé.		
	(5,05)	Vous faites entièrement confiance aux décisions des soignants en ce qui concerne les traitements dans ce centre.		
	(5,06)	les soignants dans ce centre de santé sont gentils et facile d'accès		
	(5,07)	Il est facile d'entrer en contact avec les soignants dans ce centre de santé		
	(5,08)	Les soignants dans ce centre de santé s'occupent de votre santé du moins autant que vous, sinon plus.		
	(5,09)	Les soignants dans ce centre de santé agissent différemment envers les riches et les pauvres.		
	(5,10)	En général, vous faites entièrement confiance aux soignants de ce centre de santé.		

(6)	Questions relative au ménage	ENREGISTRER LES RÉPONSES
(6,01)	Est ce que votre famille possède du terrain ou une maison?	OUI 01
		NON 02
(6,02)	La maison que vous habitez dispose de combien de chambres? (Y compris les chambres qui se trouvent hors de la maison principale, à l'exclusion de la cuisine et des toilettes)	
(6,03)	Combien de personnes vivent-ils dans votre maison? ÉCRIRE LE NOMBRE TOTAL DANS CHAQUE CATÉGORIE.	a. Homme âgés de 18 ans et plus
		b. Femmes âgées de 18 ans et plus
		c. Enfants et adolescents entre 6 & 17 ans
		d. Enfants âgés de 5 ans et moins
		e. TOTAL

(7) Agent de santé communautaire				ENREGISTRER LES RÉPONSES	
(7,01)	Connaissez-vous un agent de santé communautaire (ASC) dans votre communauté ?	OUI 01 NON 02 ► FIN			
(7,02)	Avez-vous des agents de santé communautaire homme et femme dans votre communauté ?	Les hommes exclusivement 01 Les femmes exclusivement 02 Les hommes et les femmes 03			
(7,03)	Avez-vous eu recours aux services d'un agent de santé communautaire pendant le dernier mois, soit à domicile, soit dans la communauté ou au centre de santé ?	Oui, à domicile 01 Oui, au centre de santé 02 Oui, dans la communauté 03 Oui, à la fois à domicile et au centre de santé 04 Oui, à domicile et dans la communauté 05 Oui, à la fois au centre de santé et dans la communauté 06 Oui, à la fois à domicile, au centre de santé et dans la communauté 07 NON 08 ► (7,05)			
(7,04)	Quels services l'ASC vous a-t-il offert ? <i>NE LISEZ PAS LES OPTIONS. Pour chaque option, ENREGISTRER "1" si mentionné, ET «2» si rien n'est indiqué.</i>	a. DONNER LE FER / COMPRIMES ACIDE FOLIQUE			
		b. VACCIN CONTRE LE TÉTANOS			
		c. COMPRIMES POUR TRAITEMENT PRÉVENTIF DU PALUDISME			
		d. INFORMATION SUR LES SIGNES ALARMANTS PENDANT LA GROSSESSE			
		e. CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF			
		f. ÉDUCATION SANITAIRE OU SENSIBILISATION			
		g. RÉFÉRENCE A UN AUTRE CENTRE DE SANTE			
		h. Autre, précisez _____			
(7,05)	Je vais lire deux déclarations sur le travail fait par les agents de santé communautaire. Dites si vous êtes d'accord, si vous n'êtes ni d'accord ni contre ou si vous êtes contre chacune des déclarations.				
		Pour	Ni pour ni contre	Contre	ENREGISTRER LES RÉPONSES
a.	Les agents de santé communautaire sont d'un grand apport à la communauté	01	02	03	
b.	Les agents de santé communautaire offrent des services de qualité à la communauté	01	02	03	

MERCİ POUR VOTRE DISPONIBILITE