

(1)	Identification	NOTER LES RÉPONSES	
	POSER LES QUESTIONS SUIVANTES L'ACCOMPAGNATEUR DE L'ENFANT		
(1,01)	SAISIR LE NUMÉRO DE SUIVI DE L'AGENT DE SANTÉ.	DE LA LISTE DU PERSONNEL DANS LA FICHE F1	
(1,02)	Sexe de l'Agent de santé	HOMME 1 FEMME 2	
(1,03)	Quel est le type de la FOSA ?	Hôpital régional 1 Hopital préfectoral/de District 2 Centre de santé public 3 Centre de santé privé à but non lucratif/co 4 Centre de santé privé à but lucratif 5 Poste de santé privé à but non lucratif/confessionnel 6 Poste de santé privé à but lucratif 7	
	POSER LES QUESTIONS SUIVANTES À LA PERSONNES QUI PREND SOIN DU PATIENT.		
(1,04)	Est-ce la première fois d'amener l'enfant dans cette FOSA ?	OUI 1 NON 2	
(1,05)	Quel est le sexe de l'enfant ?	HOMME 1 FEMME 2	
(1,06)	Quel est l'âge de l'enfant ? NOTER LE NOMBRE D'ANNÉES RÉVOLUES ET LES MOIS. SI L'ENFANT EST ÂGÉ DE PLUS DE 4 ANS ET 11 MOIS, ARRÊTER L'OBSERVATION ET PASSER À L'ENFANT ÉCHANTILLON SUIVANT.	a. ANNÉES (RÉVOLUES La plage est de 1 à 4) b. MOIS (RÉVOLUS. La plage est de 1 à 12)	
(1,07)	Quel est votre lien de parenté avec l'enfant	Mère 1 Père 2 Parent de sexe masculin 3 parent de sexe féminin 4 Autre, 96 (Préciser : _____)	
(1,08)	Savez-vous lire et écrire ?	Oui 1 Non 2	
(1,09)	Quel est votre niveau d'études?	Aucun 1 ► (1,11) Primaire 2 Secondaire 1er cycle 3 Secondaire 2ème cycle 4 Supérieur 5	
(1,10)	Quelle est la classe la plus élevée achevée dans ce niveau?		
(1,11)	Quel est votre statut matrimonial ? SI AGE EST SUPERIEUR A 12 ANS	Célibataire 1 Marié (e) / union libre 2 Veuf/ve 3 Divorcé (e)/ séparé(e) 4	


(2) Traitement et conseil		NOTER LES RÉPONSES	
INTRODUIRE CETTE SECTION PAR « Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur cette visite que vous avez effectuée à la FOSA. »			
(2,01)	Quel est l'objectif de la visite de l'enfant à la FOSA aujourd'hui ? NOTER « 1 = oui » SI L'OBJECTIF S'APPLIQUE ET « 2 = non » DANS LE CAS CONTRAIRE	a	Vaccination/Vaccination ► (2,04)
		b	Suivi de la croissance infantile ► (2,04)
		c	Examen de la santé du fœtus ► (2,04)
		d	Maladie infantile
(2,02)	Depuis quand (en jours) cette maladie a-t-elle commencé ?	NOMBRE DE JOURS	
(2,03)	Pour quelles raisons avez-vous conduit l'enfant à la FOSA aujourd'hui ? NE LISEZ PAS CES OPTIONS À HAUTE VOIX, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ OU « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ POUR CHAQUE OPTION. MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONN.....2	a	Diarrhée
		b	Fièvre
		c	Toux/difficulté respiratoire
		d	Dermatose (maladie de la peau)
		e	Difficulté à déglutir, douleur à la déglutition (Amygdalite / angine)
		f	Douleur à l'oreille (Otite moyenne)
		g	Blessure
		h	Convulsion
		i	Perte de conscience
		j	Asthénie physique(fatigue)
		k	Vomissement
		l	Autre
	Préciser		
(2,04)	Etes-vous venu dans cette FOSA sur votre propre initiative, ou sur la base d'une référence faite par une autre FOSA, ou selon la référence faite par un agent de santé communautaire ?	Venu directement et personnellement	1
		Recommandé par un agent de santé communautaire dans une autre FOSA	2
		Recommandé par un agent de santé communautaire	3
(2,05)	Quelqu'un de la FOSA a-t-il demandé l'âge de l'enfant ?	OUI	1
		NON	2
(2,06)	Un agent de la FOSA a-t-il pesé votre enfant ?	OUI	1
		NON	2
(2,07)	Quelqu'un de la FOSA a-t-il mesuré la taille de l'enfant ?	OUI	1
		NON	2
(2,08)	Quelqu'un de la FOSA a-t-il pris la température de l'enfant	OUI	1
		NON	2
(2,09)	L'agent de santé a-t-il examiné physiquement l'enfant ?	OUI	1
		NON	2
(2,10)	À cette visite, l'agent de santé vous a-t-il également dit que l'enfant avait un problème ?	OUI	1
		NON	2 ► (2,16)

(2,11)	L'enfant avait quel problème selon l'agent de santé ? NE LISEZ PAS CES OPTIONS À HAUTE VOIX, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ OU « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ POUR CHAQUE OPTION. MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONN.....2	a	PALUDISME	
		b	FIÈVRE	
		c	ROUGEOLE	
		d	DÉSHYDRATATION	
		e	INFECTION VIRALE/GRIPPE	
		f	DIARRHÉE	
		g	DYSENTERIE/DIARRHÉE SANGLANTE	
		h	RHUME/INFECTION DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES	
		i	PNEUMONIE	
		j	MALNUTRITION	
		k	INFECTIONS PARASITAIRES	
		l	POUSSEE DENTAIRE	
		m	INFECTION CUTANÉE	
		n	OTITE (infection de l'oreille)	
		o	AUTRE, PRÉCISEZ	
(2,12)	L'agent de santé vous a-t-il dit ce qu'il faut faire à la maison pour traiter les maladies infantiles ?	OUI	1	
		NON	2 ► (2,14)	
(2,13)	Qu'est-ce que l'agent de santé vous a dit de faire ? NE LISEZ PAS CES OPTIONS À HAUTE VOIX, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ OU « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ POUR CHAQUE OPTION. MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONN.....2	a	DONNER PLUS DE BOISSONS	
		b	CONTINUER OU AUGMENTER L'ALIMENTATION ET/OU L'ALLAITEMENT	
		c	BAIN TIÈDE POUR LA FIÈVRE	
		d	GARDER LE BÉBÉ AU CHAUD	
		e	ÉVITER De PRENDRE DES MÉDICAMENTS AUTRES QUE CEUX PRESCRITS AUJOURD'HUI	
		f	AUTRE, PRÉCISEZ	
(2,14)	L'agent de santé vous a-t-il demandé de ramener l'enfant si sa situation empire ?	OUI	1	
		NON	2 ► (2,16)	
(2,15)	À partir des conseils que vous a donné l'agent de santé, comment saurez-vous si la situation de l'enfant empire et si vous devez le ramener à la FOSA ? NE LISEZ PAS CES OPTIONS À HAUTE VOIX, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ OU « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ POUR CHAQUE OPTION. MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONN.....2	a	La fièvre persiste	
		b	L'enfant est incapable de boire ou ne boit pas normalement	
		c	Étourdissement	
		d	La diarrhée persiste	
		e	Le sang apparaît dans les selles	
		f	L'enfant développe une respiration rapide ou difficile	
		g	L'enfant devient plus malade pour n'importe quelle raison	
		h	De nouveaux symptômes apparaissent	
		i	Autre, précisez	



(2,16)	L'enfant a-t-il reçu un traitement ou une prescription aujourd'hui dans la FOSA?	A reçu des médicaments à la FOSA	1	
		A reçu une prescription et a acheté dans la FOSA	2	
		A reçu une prescription à remplir hors de la FOSA	3	
		N'a reçu ni médicaments ni prescription à la FOSA	4	
(2,17)	Au total, combien de médicaments étaient administrés ou prescrits à l'enfant ?			
(2,18)	Quels médicaments étaient prescrits ? ÉNUMÉRATEURS DESTINÉS À CONTRÔLER LES MÉDICAMENTS ADMINISTRÉS POUR CONFIRMATION	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
(2,19)	Quels médicaments étaient administrés ? ÉNUMÉRATEURS DESTINÉS À CONTRÔLER LES MÉDICAMENTS MENTIONNÉS SUR L'ORDONNANCE POUR CONFIRMATION	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
(2,20)	Combien de temps vous faut-il pour aller de cette FOSA à la pharmacie où vous achetez les médicaments prescrits, à l'aide de votre moyen de déplacement ? (Aller simple). NOTER 0 SI LA PHARMACIE EST DANS LA FOSA)	Minutes		
(2,21)	Quel est votre principal mode de transport pour évaluer cette durée (aller simple)	À pieds	1	
		Vélo	2	
		Animal	3	
		Voiture personnelle	4	
		Moto personnelle	5	
		Transports en commun (bus, car, taxi, moto-taxi)	6	
		Autre (Préciser : _____)	97	

(2,22)	L'agent de santé vous a-t-il bien expliqué la posologie ?	OUI	1	
		NON	2	
(2,23)	L'agent de santé vous a-t-il parlé des éventuels effets secondaires du médicament prescrit/administré ?	OUI	1	
		NON	2	
(2,24)	L'agent de santé vous a-t-il donné une date précise à laquelle vous devez ramener l'enfant à la FOSA pour une visite de suivi ?	OUI	1	
		NON	2	
(2,25)	La carte de vaccination de l'enfant est-elle disponible ?	OUI	1	
		NON	2	
(2,26)	VÉRIFIER LES VACCINS DE L'ENFANT			
	NOTER « 1 » POUR REÇU ET « 2 » POUR NON REÇU.	REÇU	NON REÇU	
A	BCG	1	2	
B	Polio 0	1	2	
C	PENTA1	1	2	
D	PENTA2	1	2	
E	PENTA3	1	2	
F	Fièvre jaune	1	2	
G	Vitamine A	1	2	
H	Rougeole	1	2	
I	Rappel du PENTAVALENT	1	2	
(2,27)	Votre enfant a-t-il reçu un vaccin aujourd'hui ?	OUI	1	
		NON	2	
(2,28)	Le récent vaccin que votre enfant a reçu (que ce soit aujourd'hui ou une autre fois par le passé) est- (était-) il le dernier vaccin ?	OUI	1	▶ (2,30)
		NON	2	
(2,29)	Date de retour pour le vaccin suivant	a	JJ	
		b	MM	
		c	AAAA	
(2,30)	L'agent de santé vous a-t-il demandé de ramener l'enfant pour recevoir un vaccin un autre jour ?	OUI	1	
		NON	2	
(2,31)	Quand l'agent de santé vous a-t-il demandé de ramener l'enfant ?	a	MOIS (MM)	
		b	ANNÉE (AAAA)	

(3)	Voyage et dépense du patient		NOTER LES RÉPONSES
(3,01)	À quelle distance (en kilomètres) se situe votre maison de cette FOSA ?	Kilomètres	
(3,02)	Combien de temps vous a-t-il fallu (au patient) pour arriver à cette FOSA partant de la maison ? (aller simple)	En Minutes	
(3,03)	Quel était votre principal mode de transport aujourd'hui ? (aller simple)	À pieds 1 ► (3,05)	
		Vélo 2 ► (3,05)	
		Animal 3 ► (3,05)	
		Voiture personnelle 4 ► (3,05)	
		Moto personnelle 5 ► (3,05)	
		Transports en commun(velo, moto, taxi,pousse, bus) 6	
		Autre, précisez 96	
(3,04)	Combien le déplacement pour la FOSA vous a coûté (au patient) en CFA ? (Aller simple).	(FCFA)	
(3,05)	Pendant combien de temps avez-vous/le patient a-t-il attendu dans la FOSA avant de consulter le personnel de santé ?	En Minutes	
(3,06)	Pensez-vous que la durée d'attente était trop longue ?	OUI 1	
		NON 2	
(3,07)	Pendant combien de temps avez-vous/le patient a-t-il passé avec l'agent de santé pendant la consultation ?	En Minutes	
(3,08)	Pensez-vous que la durée d'attente était trop longue ?	OUI 1	
		NON 2	
(3,09)	Avez-vous payer des frais de consultation?	OUI 1	
		NON 2 ► (3,11)	
(3,10)	Combien avez-vous payer pour cela en CFA?	(FCFA)	
(3,11)	A part du frais de consultation, l'agent de santé/ médecin vous a demandé pour l'argent additionnel?	OUI 1	
		NON 2 ► (3,13)	
(3,12)	Combien avez-vous donné pour cela en CFA?	FCFA	
(3,13)	Aviez-vous fait un examen de laboratoire ?	OUI 1	
		NON 2 ► (3,15)	
(3,14)	Combien avez-vous payer pour cela en CFA?	(FCFA)	
(3,15)	Aviez-vous effectué une radiographie ?	OUI 1	
		NON 2 ► (3,17)	
(3,16)	Combien avez-vous payer pour cela en CFA?	(FCFA)	
(3,17)	Aviez-vous reçu des médicaments de la pharmacie dans la FOSA ?	OUI 1	
		NON 2 ► (3,19)	
(3,18)	Combien avez-vous payer pour cela en CFA?	(FCFA)	

(3,19)	Combien aviez-vous dépense au total en CFA dans la FOSA pour cette visite, sans compter les frais de transport ? (ENQUÊTEUR : VÉRIFIER SI LE TOTAL CORRESPOND AUX MONTANTS DONNÉS) SI RIEN N'A ÉTÉ PAYÉ, PASSER À L'ÉTAPE 3.18	(FCFA)	
(3,20)	D'où provient l'argent utilisé pour payer les soins de santé aujourd'hui ? NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER « 1 » SI ELLE EST MENTIONNÉE, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ OUI.....1 NON 2	a. Épargne ou budget régulier du ménage b. Assurance maladie c. Vente des biens du ménage d. Hypothèque ou vente de terrain e. D'un ami ou d'une connaissance f. Emprunté à quelqu'un d'autre qu'un ami ou un membre de la famille g. Autre, précisez	
(3,21)	L'enfant est-il couvert par un régime d'assurance maladie ?	OUI 1 NON 2 ► (4,01)	
(3,22)	Quel type d'assurance maladie?	Public 1 Privé 2 Mutuelle de santé 3 Plus qu'un type 4	
(3,23)	Au cours des 12 derniers mois, le ménage a payé combien de mois d'assurance pour le régime d'assurance maladie ?	(MOIS)	
(3,24)	Lesquels des services ci-après sont-ils couverts par ce régime d'assurance-maladie ?  LIRE TOUT À HAUTE VOIX OUI 1 NON.....2	a. Visites de routine d'un bébé normal (y compris la vaccination) b. Soins aux enfants malades c. Autres soins ambulatoires d. Les soins prénataux pour les femmes enceintes e. Soins d'accouchement pour femmes enceintes f. Soins post-partum pour femmes et nouveau-nés g. Hospitalisations et soins aux patients hospitalisés h. Autre (Préciser)	
(3,25)	Le ménage doit-il payer les services suivants afin de bénéficier des avantages liés à l'assurance ? (LIRE TOUT À HAUTE VOIX) OUI 1 NON.....2	a. Prime b. Frais fixe de visite à la FOSA	

(4)	Satisfaction du patient		NOTER LES RÉPONSES
(4,01)	Quelle est la principale raison qui vous a poussé à choisir cette FOSA et non une autre ? NE LISEZ PAS LES CHOIX, UNE SEULE RÉPONSE EST AUTORISÉE	Emplacement proche du domicile 1	
		Bas prix 2	
		Confiance aux soignants / bonne qualité des soins 3	
		Disponibilité des médicaments 4	
		Disponibilité des femmes agents de santé 5	
		Référence par une autre FOSA 6	
		Recommandation de la famille/ ami 7	
		Nature de la maladie 8	
		Autre: 96	
		Préciser	
(4,02)	Quelle était l'autre raison la plus importante qui vous a poussé à choisir cette FOSA aujourd'hui et non un autre ? NE LISEZ PAS LES CHOIX, UNE SEULE RÉPONSE EST AUTORISÉE	Emplacement proche du domicile 1	
		Bas prix 2	
		Confiance aux soignants / bonne qualité des soins 3	
		Disponibilité des médicaments 4	
		Disponibilité des femmes agents de santé 5	
		Référence par une autre FOSA 6	
		Recommandation de la famille/ ami 7	
		Nature de la maladie 8	
		Autre: 96	
		Préciser	

(4) Satisfaction du patient (suite)				
Je vais vous lire une série de déclarations concernant cette FOSA. 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 À L'ENQUÊTE ET NOTER LE CODE DE LA RÉPONSE POUR CHAQUE QUESTION.</p>  <p>CODE DE RÉPONSE D'accord – 1, Ni en accord ni en désaccord – 2, Désaccord – 3, Non applicable – 4</p>	(4,03)	Il est pratique de partir de votre maison pour cette FOSA.		
	(4,04)	La FOSA est propre.		
	(4,05)	Le personnel de santé est courtois et respectueux.		
	(4,06)	Le personnel médical vous a bien expliqué votre condition.		
	(4,07)	Il est facile d'obtenir les médicaments prescrits par les agents de santé.		
	(4,08)	Les frais de consultation pour cette visite sont raisonnables dans cette FOSA.		
	(4,09)	Les frais de laboratoire pour cette visite à la FOSA étaient raisonnables.		
	(4,10)	Les frais des médicaments pour cette visite à la FOSA étaient raisonnables.		
	(4,11)	Les frais de transport pour cette visite à la FOSA étaient raisonnables.		
	(4,12)	Les soignants ne demandent pas pour les cadeaux comme le paiement additionnel		
	(4,13)	Le temps que vous avez passé à attendre la consultation d'un agent était raisonnable.		
	(4,14)	Vous avez eu assez d'intimité pendant votre visite.		
	(4,15)	L'agent de santé a passé assez de temps avec vous.		
	(4,16)	Les heures auxquelles la FOSA est ouvert sont adaptées à vos besoins.		
	(4,17)	La qualité générale des services fournies était satisfaisante.		
	(5) Sécurité et confiance			
	Je vais vous lire une série de déclarations concernant la sécurité et la confiance dans cette FOSA. 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 À L'ENQUÊTE ET NOTER LE CODE DE LA RÉPONSE POUR CHAQUE QUESTION.</p>  <p>VEUILLEZ VOUS PRÉSENTER ET DEMANDER À CHOSIR LA CARTE</p>	(5,01)	Le niveau de sécurité dans cette FOSA ne permet pas aux populations de la communauté d'utiliser les services de santé disponibles.		
	(5,02)	Les agents de santé dans cette FOSA sont extrêmement consciencieux et prudents.		
	(5,03)	Vous faites confiance aux compétences et capacités des personnels de santé de cette FOSA		
	(5,04)	Vous faites totalement confiance aux décisions du personnel de santé concernant le traitement médical dans cette FOSA		
	(5,05)	Les agents de santé dans cette FOSA sont très amicaux et abordables.		
	(5,06)	Les personnels de santé dans cette FOSA sont faciles à aborder.		
	<p>CODE DE RÉPONSE D'accord – 1, Ni en accord ni en désaccord – 2, Désaccord – 3, Non applicable – 4</p>	(5,07)	Les soignants dans cette FOSA s'occupent de votre santé du moins autant que vous, sinon plus	
		(5,08)	Le personnel de santé de cette FOSA agit différemment à l'égard des riches et des pauvres.	
		(5,09)	En somme, vous faites totalement confiance au personnel de santé dans cette FOSA	

(6) Questions relatives au ménage		NOTER LES RÉPONSES																																																														
(6,01)	Votre famille a-t-elle un terrain/maison ?	Oui 01 Non 02																																																														
(6,02)	Pour votre maison, quel est le principal matériau utilisé pour les parties suivantes : mur, toit et sol ? NE LISEZ PAS LES OPTIONS NOTER SÉPARÉMENT LES RÉPONSES POUR	<table border="1"> <tr> <td rowspan="5">TOIT</td> <td>Tôle</td> <td>01</td> <td rowspan="5">a. Toit</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tuiles</td> <td>02</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Paille</td> <td>03</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Béton</td> <td>04</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autre (préciser):</td> <td>05</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="5">MUR</td> <td>Briques cuites</td> <td>06</td> <td rowspan="5">b. Mur</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Briques non cuites</td> <td>07</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Briques en ciment</td> <td>08</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Banco</td> <td>09</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autre (préciser):</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">SOL</td> <td>Carreaux / ardoises</td> <td>11</td> <td rowspan="4">c. Sol</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ciment</td> <td>12</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Terre</td> <td>13</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autre (préciser):</td> <td>14</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	TOIT	Tôle	01	a. Toit			Tuiles	02			Paille	03			Béton	04			Autre (préciser):	05			MUR	Briques cuites	06	b. Mur			Briques non cuites	07			Briques en ciment	08			Banco	09			Autre (préciser):	10			SOL	Carreaux / ardoises	11	c. Sol			Ciment	12			Terre	13			Autre (préciser):	14		
TOIT	Tôle	01		a. Toit																																																												
	Tuiles	02																																																														
	Paille	03																																																														
	Béton	04																																																														
	Autre (préciser):	05																																																														
MUR	Briques cuites	06	b. Mur																																																													
	Briques non cuites	07																																																														
	Briques en ciment	08																																																														
	Banco	09																																																														
	Autre (préciser):	10																																																														
SOL	Carreaux / ardoises	11	c. Sol																																																													
	Ciment	12																																																														
	Terre	13																																																														
	Autre (préciser):	14																																																														
(6,03)	Combien de pièces compte votre ménage ? (Y compris les pièces hors de l'habitation, sauf les cuisines et les salles de bain)																																																															
(6,04)	Combien de personnes vivent dans votre ménage ? ÉCRIRE LE NOMBRE TOTAL DANS CHAQUE CATÉGORIE.	a. Hommes âgés d'au moins 18 ans a. Femmes âgées d'au moins 18 ans c. Enfants et adolescents âgés entre 6 et d. Enfants âgés de moins de 5 ans e. TOTAL	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																																																													

(7) Actifs du ménage		
	ÉLÉMENT/ACTIF	(7,01) Combien de [BIENS] votre ménage possède-t-il ? MENTIONNER UNIQUEMENT LES BIENS QUI FONCTIONNENT
01	Lecteur Radio/CD/cassette ?	
02	Télévision ?	
03	Fer à repasser ?	
04	Cuisinière électrique ?	
05	Cuisinière à gaz ?	
06	Lampe à pétrole ?	
07	Lit ?	
08	Matelas ?	
09	Moustiquaire	
10	Réfrigérateur / congélateur ?	
11	Machine à coudre ?	
12	Table ? (pour le dîner ?)	
13	Sofa ?	
14	Téléphone fixe	
15	Téléphone mobile ?	
16	Moto ?	
17	Vélo ?	
18	Camion ou voiture ?	
19	Brouette ?	
20	Charrue ?	
21	Houes / herse / haches ?	
ANIMAUX		
	Si c'est zéro visite, enregistrer 0.	(7,02) Votre ménage possède combien d'[ANIMAUX] ?
01	Bétail ?	
02	Chèvres ?	
03	Mouton ?	
04	Porcs ?	
05	Volaille ?	
06	Âne / Cheval ?	
07	Boeufs ?	
97	Autre, précisez	

(8) Agents de santé communautaire					NOTER LES RÉPONSES
(8,01)	Connaissez-vous un agent de santé communautaire (ASC) dans votre communauté ?	Oui	1		
		Non	2 ► FIN		
(8,02)	Avez-vous des Agents de santé communautaire de sexe masculin et de sexe féminin dans votre communauté ?	ASC de sexe masculin uniquement	1		
		ASC de sexe féminin uniquement	2		
		Sexe masculin et féminin	3		
(8,03)	Avez-vous utilisé un Agent de santé communauté au cours du dernier mois, soit dans votre propre domicile soit dans la communauté soit dans la FOSA?	Oui, au domicile	1		
		Oui, dans la FOSA	2		
		Oui, dans la communauté	3		
		Oui, à la fois au domicile et dans la FOSA	4		
		Oui, à la fois au domicile et dans la communauté	5		
		Oui, à la fois dans la FOSA et dans la communauté	6		
		Oui, à la fois au domicile, dans la FOSA et dans la communauté	7		
		Non	8 ► (8,05)		
(8,04)	Quels services l'ASC vous a-t-il offert ? <i>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ.</i>	a. FOURNIR LES COMPRIMÉS DE FER / D'ACIDE FOLIQUE			
		b. FOURNIR LE VACCIN CONTRE L'ANATOXINE TÉTANIQUE			
		c. FOURNIR LES MÉDICAMENTS ANTIPALUDIQUES			
		d. INFORMATIONS SUR LES SIGNES ALARMANTS PENDANT LA GROSSESSE			
		e. CONSEIL SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF			
		f. ÉDUCATION À LA SANTÉ ET PROMOTION DE LA SANTÉ			
		g. RÉFÉRENCE A LA FOSA			
		h. AUTRE, (PRÉCISER : _____)			
(8,05)	Je vais vous lire deux déclarations en rapport au travail effectué par les Agents de santé communautaire. Veuillez dire si vous êtes d'accord ou pas avec chaque déclaration.				
		D'accord	Ni en accord ni en désaccord	En désaccord	NOTER LES RÉPONSES
a	Les Agents de santé communautaire rendent des services valables dans ma communauté.	01	02	03	
b	L'Agent de santé communautaire offrent les services de bonne qualité dans ma communauté	01	02	03	