

(1)	Identification	ENREGISTRER LES	
	POSER LES QUESTIONS SUIVANTE AU PATIENT		
(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	1
		FEMME	2
(1,04)	Quel est votre statut de l'agent qui vous a reçu ?	Médecin	1
		Infirmièr(e) DE	2
		Infirmier Assistant	3
		Sage-femme DE	4
		Infirmier accoucheur DE	5
		Assistante accoucheuse	6
		Technicien Supérieur de Santé	7
		Secouriste	8
		Matrone (Accoucheuse traditionnell	9
(1,05)	De quel type de formation sanitaire s'agit-il?	Hôpital régional	1
		Hopital préfectoral/de District	2
		Centre de santé public	3
		Centre de santé privé à but non lucratif/c	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
	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. SI LE PATIENT A MOINS DE 15 ANS, POSEZ LES QUESTIONS 1.06-1.09. SI LE PATIENT A 15 ANS OU PLUS, CONTINUEZ A 1.10		
(1,06)	Qui répond à l'interview	Patient1	
		Accompagnateur2	
(1,07)	Quel est le lien de parenté avec le patient?	Mère	1
		Père	2
		Autre parent de sexe masculin	3
		Autre parent de sexe féminin	4
		AUTRE, PRÉCISER:	96
(1,08)	Est ce la première fois que le patient est conduit/ vous venez à cette FOSA?	OUI	1
		NON	2
(1,09)	Quel est le sexe du patient?	HOMME	1
		FEMME	2
(1,10)	Quel âge du patient/ est votre âge? NOTER ANNÉES RÉVOLUES		
(1,11)	Pouvez-vous / le patient peut-il lire et écrire?	OUI	1
		NON	2
(1,12)	Quel est ton niveau scolaire / quel est le niveau scolaire du patient?	Aucun	1 ► (1,14)
		Primaire	2
		Secondaire 1er cycle	3
		Secondaire 2ème cylce	4
		Supérieur	5
(1,13)	Quelle est la classe la plus élevée achevée dans ce niveau?		
(1,14)	SI AGE EST SUPÉRIEUR A 12 ANS Quel est votre statut matrimonial?	Célibataire	1
		Marié (e) / union libre	2
		Veuf/ve	3
		Divorcé (e)/ séparé(e)	4

(2) Traitement et conseils		ENREGISTRER LES RÉPONSES		
COMMENCEZ CETTE SECTION EN DISANT " A présent j'aimerais savoir ce qui vous a fait venir à cette FOSA."				
(2,01)	Quel est l'objet de votre visite / ou du patient à cette FOSA aujourd'hui? ENREGISTRER "1" SI LA RAISON EST VALABLE ET "2" LE CAS ÉCHÉANT	a.	Traitement d'une maladie	
		b.	Planning familial ▶ (2,04)	
		c.	Nutrition de l'enfant ▶ (2,04)	
		d.	Soins post partum(apres accouchement) ▶ (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)	<p>Quels étaient les premiers signes de la maladie?</p> <p>NE PAS LIRE LES OPTIONS A HAUTE VOIX, pour chaque option, ENREGISTRER "1" si mentionné, ET «2» si rien n'est indiqué.</p> <p>MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2</p>	a.	DIARRHÉE	
		b.	FIÈVRE	
		c.	TOUX / RESPIRATION DIFFICILE	
		d.	INFECTION DE LA PEAU/ PLAIE INFECTÉE	
		e.	MAUX DE GORGE (AMYGDALITE)	
		f.	MAUX DANS L'OREILLE (OTITE MOYENNE)	
		g.	VOMISSEMENTS	
		h.	EPUISEMENT	
		i.	MAUX DE TÊTE	
		j.	DOULEURS CORPORELS	
		k.	REFUS DE MANGER	
		l.	PERTE DE POIDS	
		m.	BLESSURE	
		n.	Autre, précisez	
(2,04)	Etes vous venu dans cette FOSA par votre propre choix, ou référé à partir d'un autre centre de santé ou dirigé par un agent de santé communautaire?	Je suis venu de ma propre initiative	1	
		Dirigé par un agent de santé d'un autre FOSA	2	
		Dirigé par un agent de santé communautaire	3	
(2,05)	Est ce qu'un des personnel médical vous a demandé votre âge/le patient?	OUI	1	
		NON	2	
(2,06)	Est ce qu'un des personnel médical vous a pesé/le patient?	OUI	1	
		NON	2	
(2,07)	Est ce qu'un des personnels médical a pris votre taille/le patient?	OUI	1	
		NON	2	
(2,08)	Est ce que personnel médical vous a examiné physiquement/ le patient?	OUI	1	
		NON	2	
(2,09)	Durant cette consultation, est ce que l'agent de santé vous a dit ce qui n'allait pas avec votre santé/ le patient?	OUI	1	
		NON	2 ▶ (2,12)	
(2,10)	Est ce que personnel médical a pris votre tension artérielle?	OUI	1	
		NON	2	

(2,11)	<p>Que vous a dit l'agent de santé à propos de votre état/ le</p> <p>NE PAS LIRE LES OPTIONS A HAUTE VOIX, POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER "1" SI MENTIONNÉ, ET «2» SI RIEN N'EST INDIQUÉ.</p> <p>MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2</p>	<p>a. Paludisme</p> <p>b. FIÈVRE</p> <p>c. ROUGEOLE</p> <p>d. DEHYDRATION</p> <p>e. INFECTION VIRALE / GRIPPE</p> <p>f. DIARRHÉE</p> <p>g. DYSENTERIE/ DIARRHÉE SANGUINOLENTE</p> <p>h. RHUME/ INFECTION DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES</p> <p>i. PNEUMONIE</p> <p>j. MALNUTRITION</p> <p>k. INFECTIONS PARASITAIRES</p> <p>l. DIABÈTES</p> <p>m. HYPERTENSION</p> <p>n. BLESSURE</p> <p>o. IST</p> <p>p. OTITE</p> <p>q. Autre, précisez</p>	
(2,12)	<p>Est ce que l'agent de santé vous a donné des directives à suivre à la maison par rapport au traitement votre maladie/ patient?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 ► (2,14)</p>	
(2,13)	<p>Qu'est ce qu'il vous a demandé de faire?</p> <p>NE PAS LIRE LES OPTIONS A HAUTE VOIX, POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER "1" SI MENTIONNÉ, ET «2» SI RIEN N'EST INDIQUÉ.</p> <p>MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2</p>	<p>a. DONNER PLUS A BOIRE</p> <p>b. SE REPOSER</p> <p>c. BAINS TIÈDES POUR LES CAS DE FIÈVRE</p> <p>d. GARDER L'ENFANT AU CHAUD</p> <p>e. ÉVITER DE DONNER DES MÉDICAMENTS AUTRES QUE CEUX PRESCRITS AUJOURD'HUI</p> <p>f. Autre, précisez</p>	
(2,14)	<p>Est ce que l'agent de santé vous a demandé de revenir ou de ramener le patient si son état s'aggrave?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 ► (2,16)</p>	
(2,15)	<p>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?</p> <p>NE PAS LIRE LES OPTIONS A HAUTE VOIX, POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER "1" SI MENTIONNÉ, ET «2» SI RIEN N'EST INDIQUÉ.</p> <p>MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2</p>	<p>a. LA FIÈVRE NE CESSE PAS APRÈS UN CERTAIN TEMPS</p> <p>b. LA FIÈVRE S'AGGRAVE</p> <p>c. LE PATIENT N'ARRIVE PAS A BOIRE OU BOIT DIFFICILEMENT</p> <p>d. CHANGEMENT D'ÉTAT DE CONSCIENCE</p> <p>e. DIARRHÉE PERSISTANTE</p> <p>f. PRÉSENCE DU SANG DANS LES SELLES</p> <p>g. LE PATIENT SE MET A RESPIRER RAPIDEMENT OU SENT DES DIFFICULTÉS A RESPIRER</p> <p>h. L'ÉTAT DU PATIENT S'EMPIRE SANS RAISON APPARENTE</p> <p>i. APPARITION DE NOUVEAUX SYMPTÔMES</p> <p>j. Autre, précisez</p>	

(2,16)	Avez-vous / le patient reçu des médicaments ou prescriptions aujourd'hui dans cette FOSA?	J'ai/ le patient a reçu des médicaments dans cette FOSA? 1	
		J'ai/le patient a reçu une ordonnance et a acheté les médicaments dans la FOSA 1	
		J'ai/le patient a reçu une ordonnance avec des médicaments à acheter hors de la FOSA 2	
		Je/le patient n'a reçu ni des médicaments ni une ordonnance 3 ▶ (2,24)	
(2,17)	Au total, combien de médicaments vous ont-ils été donnés ou prescrits / le patient?		
(2,18)	Quels médicaments vous a-t-on prescrit? ENQUÊTEUR: VÉRIFIEZ LES MÉDICAMENTS SUR L'ORDONNANCE POUR CONFIRMATION	1	
		2	
		3	
		4	
		5	
(2,19)	Quel médicament vous a-t-on donné? ENQUÊTEUR: VÉRIFIEZ LES MÉDICAMENTS POUR CONFIRMATION	1	
		2	
		3	
		4	
		5	
(2,20)	Combien de temps vous faut-il pour aller de cette FOSA 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	
(2,21)	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 Autre (Préciser : _____) 97	
(2,22)	Est ce que l'agent de santé vous a bien expliqué comment prendre les médicaments?	OUI 1	
		NON 2	
(2,23)	Est ce que le(s) agent(s) de santé vous a/ont parlé des éventuels effets secondaires des médicaments prescrits ou donnés?	OUI 1	
		NON 2	
(2,24)	Est ce que l'agent de santé vous a donné un jour précis de rendez-vous pour le suivi?	OUI 1	
		NON 2	

(3)	Déplacement du patient et dépenses		ENREGISTRER LES RÉPONSES
(3,01)	Quelle est la distance entre votre domicile et cette FOSA en kilomètres?	KILOMÈTRES	
(3,02)	Combien de temps avez-vous mis/ le patient pour partir de chez vous à cette FOSA 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-taxi) 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 cette FOSA aujourd'hui?	a. Minutes	
(3,06)	Était-ce trop long comme attente?	OUI 1 NON 2	
(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 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 les frais de consultation, l'agent de santé/ médecin vous at-t-il demandé de l'argent additionnel?	OUI 1 NON 2 ► (3,13)	
(3,12)	Combien avez-vous donné pour cela en CFA?	FCFA	
(3,13)	Avez-vous fait des examens de laboratoire?	OUI 1 NON 2 ► (3,15)	
(3,14)	Combien avez-vous payer pour cela en CFA?	FCFA	
(3,15)	Avez-vous fait une radiologie?	OUI 1 NON 2 ► (3,17)	
(3,16)	Combien avez-vous payer pour cela?	FCFA	
(3,17)	Avez-vous reçu des médicaments à la pharmacie de la formation sanitaire?	OUI 1 NON 2 ► (3,19)	

(3,18)	Combien avez-vous payer pour cela en CFA?	FCFA	
(3,19)	Combien avez-vous dépenser au total à la FOSA (FCFA) 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 3.18	FCFA	
(3,20)	Quelle est la source de l'argent que vous avez utiliser pour payer les soins aujourd'hui? NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER "1" SI MENTIONNÉ, ET «2» SI RIEN N'EST INDIQUÉ. MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2	a. Épargne ou budget normal du ménage b. Assurance maladie c. Vente des biens du ménage 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 1 NON 2 ► (4,01)	
(3,22)	Quel type d'assurance maladie?	Public 1 Privé 2 Mutuelle de santé 3 Plus d'un type 4	
(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? LIRE A HAUTE VOIX OUI.....1 NON.....2	a. Consultation de routine pour bébé bien portant (y compris vaccination) b. Soins aux enfants malades c. Autres consultations externes 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-nés 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 OUI.....1 NON....2	a. Prime b. Frais fixe de visite au centre de santé	

(4)	Satisfaction des malades	ENREGISTRER LES RÉPONSES																				
(4,01)	Quelle est la principale raison qui vous a poussé à choisir cette FOSA aujourd'hui et non un autre? NE PAS LIRE LES CHOIX, UNE SEULE RÉPONSE EST PERMISE	<table border="1"> <tr><td>Emplacement proche du domicile</td><td>01</td></tr> <tr><td>Bas prix</td><td>02</td></tr> <tr><td>Confiance aux soignants / bonne qualité des soins</td><td>03</td></tr> <tr><td>Disponibilité des médicaments</td><td>04</td></tr> <tr><td>Disponibilité des femmes agents de santé</td><td>05</td></tr> <tr><td>Référence par une autre FOSA</td><td>06</td></tr> <tr><td>Recommandation de la famille/ ami</td><td>07</td></tr> <tr><td>Nature de la maladie</td><td>08</td></tr> <tr><td>Autre:</td><td>96</td></tr> <tr><td>Préciser</td><td></td></tr> </table>	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 une autre FOSA	06	Recommandation de la famille/ ami	07	Nature de la maladie	08	Autre:	96	Préciser	
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 une autre FOSA	06																					
Recommandation de la famille/ ami	07																					
Nature de la maladie	08																					
Autre:	96																					
Préciser																						
(4,02)	Quelle est la 2ème plus importante raison qui vous a poussé à choisir cette FOSA aujourd'hui et non un autre? NE PAS LIRE LES CHOIX, UNE SEULE RÉPONSE EST PERMISE	<table border="1"> <tr><td>Emplacement proche du domicile</td><td>01</td></tr> <tr><td>Bas prix</td><td>02</td></tr> <tr><td>Confiance aux soignants / bonne qualité des soins</td><td>03</td></tr> <tr><td>Disponibilité des médicaments</td><td>04</td></tr> <tr><td>Disponibilité des femmes agents de santé</td><td>05</td></tr> <tr><td>Référence par une autre FOSA</td><td>06</td></tr> <tr><td>Recommandation de la famille/ ami</td><td>07</td></tr> <tr><td>Nature de la maladie</td><td>08</td></tr> <tr><td>Autre:</td><td>96</td></tr> <tr><td>Préciser</td><td></td></tr> </table>	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 une autre FOSA	06	Recommandation de la famille/ ami	07	Nature de la maladie	08	Autre:	96	Préciser	
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 une autre FOSA	06																					
Recommandation de la famille/ ami	07																					
Nature de la maladie	08																					
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, si vous n'êtes ni d'accord ni contre ou si vous êtes contre chacune des déclarations. Certaines déclarations peuvent ne pas s'appliquer à votre situation. Bien vouloir me dire quelle déclaration est sans objet pour vous.				
		RÉPONSE		
		ENREGISTRER LE CODE DE LA RÉPONSE		
<p>LIRE CHAQUE DÉCLARATION A L'ENQUÊTÉ ET ENREGISTRER LES CODES DE REPONSES POUR CHAQUE QUESTION.</p> 	(4,03)	La FOSA est accessible à partir de votre domicile.		
	(4,04)	La FOSA 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.		
	<p>CODE DE RÉPONSE oui- 1, A peu près - 2, Non - 3, Sans objet - 4</p>	(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 de cadeaux comme paiement additionnel	
		(4,13)	Le temps d'attente 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)	La FOSA est ouverte 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 cette FOSA. Répondez aux déclarations comme vous l'avez fait plus haut en disant si vous êtes d'accord, si vous n'êtes ni d'accord ni contre ou si vous êtes contre chacune des déclarations Dites-moi s'il y'en a parmi ces déclarations qui sont sans objet pour vous.			
<p>LIRE CHAQUE DÉCLARATION A L'ENQUÊTÉ ET ENREGISTRER LES CODES DE REPONSES POUR CHAQUE QUESTION.</p> 	(5,01)	le niveau de sécurité dans la FOSA empêche aux membres de la communauté de jouir des services de santé disponibles.		
	(5,02)	Le personnel soignant de cette FOSA est dévoué et minutieux.		
	(5,03)	Les personnels soignants de cette FOSA sont honnêtes et respectent les patients		
	(5,04)	Vous faites confiance aux capacités et aptitudes des soignants de cette FOSA.		
	(5,05)	Vous faites entièrement confiance aux décisions des soignants en ce qui concerne les traitements dans cette FOSA.		
	(5,06)	Les soignants dans cette FOSA sont gentils et facile d'accès		
	(5,07)	Il est facile d'entrer en contact avec les soignants dans cette FOSA		
	<p>CODE DE RÉPONSE oui- 1, Ni oui, ni non - 2, Non - 3, Sans objet - 4</p>	(5,08)	Les soignants dans cette FOSA s'occupent de votre santé du moins autant que vous, sinon plus.	
		(5,09)	Les soignants dans cette FOSA agissent différemment envers les riches et les pauvres.	
		(5,10)	En général, vous faites entièrement confiance aux soignants de cette FOSA.	

(6) Questions sur le ménage		ENREGISTRER LES RÉPONSES				
(6,01)	Est ce que votre famille possède du terrain?	OUI	1			
		NON	2			
(6,02)	Quel est le principal matériaux utilisé pour les éléments suivants dans votre maison: Mur, toiture et sol? NE PAS LIRE LES OPTIONS ENREGISTRER CHAQUE REPONSE	TOIT	Tôle	1	a. Toit	<input type="text"/>
			Tuiles	2		
			Paille	3		
			Béton	4		
			Autre (préciser):	5		
		MUR	Briques cuites	6	b. Mur	<input type="text"/>
			Briques non cuites	7		
			Briques en ciment	8		
			Banco	9		
			Autre (préciser):	10		
		SOL	Carreaux / ardoises	11	c. Sol	<input type="text"/>
			Ciment	12		
			Terre	13		
			Autre (préciser):	14		
(6,03)	Votre famille 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)					
(6,04)	Combien de personnes vivent-ils dans votre maison? ÉCRIRE LE NOMBRE TOTAL POUR 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) Biens du ménage			
		(7,01)	
	ITEM/ASSET	Combien de [BIENS] Possède	
01	Radio/CD/ lecteur de cassettes?		
02	Poste téléviseur?		
03	Fer à repasser		
04	Cuisinière électrique		
05	Cuisinière à gaz		
06	Lampe à paraffine?		
07	Lit?		
08	Matelas?		
09	Moustiquaire		
10	Réfrigérateur / congélateur?		
11	Machine à coudre?		
12	Table? (pour le repas?)		
13	Divan?		
14	Téléphone fixe?		
15	Téléphone mobile?		
16	Motocyclette?		
17	Bicyclette		
18	Camion/ voiture		
19	Brouette?		
20	Charrue?		
21	Houes / herse / hache ?		
ENREGISTRER LES RÉPONSES			
		(7,02)	
	Si c'est zéro visite, enregistrer " 0".	Combien de [ANIMAL/AUX]	
01	Bétail ?		
02	Chèvres?		
03	Moutons?		
04	Porcs		
05	Volaille?		
06	Âne / Cheval ?		
07	Bœufs?		
97	Autre, précisez		

(8) Agent de santé communautaire				ENREGISTRER LES RÉPONSES		
(8,01)	Est ce que vous connaissez un agent de santé communautaire dans votre communauté?	OUI	1			
		NON	2 ► FIN			
(8,02)	Avez vous des agents de santé communautaire homme et femme dans votre communauté?	Les hommes exclusivement	1			
		Les femmes exclusivement	2			
		Les hommes et les femmes	3			
(8,03)	Avez vous utiliser les services d'un agent de santé communautaire pendant le dernier mois, soit à domicile, soit dans la communauté ou à la FOSA?	Oui, à domicile	1			
		Oui, à la FOSA	2			
		Oui, dans la communauté	3			
		Oui, à la fois à domicile et à la FOSA	4			
		Oui, à domicile et dans la communauté	5			
		Oui, à la fois à la FOSA et dans la communauté	6			
		Oui, à la fois à domicile, à la FOSA et dans la communauté	7			
		NON	8 ► (8,05)			
(8,04)	Quels services vous a-t-elle rendu? <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. 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 UNE FOSA				
		h. Autre, précisez _____				
(8,05)	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	1	2	3		
b.	Les agents de santé communautaire offrent des services de qualité à la communauté	1	2	3		