



Evaluation d'impact du Financement de la Santé Basé sur les Résultats

RWANDA

FOLLOW-UP SURVEY 2013

Questionnaire établissement de santé

F2 - Questionnaire individuel agent de santé-Consultation prénatale

CODE DE L'AGENT DE SANTE (A PARTIR DU
ROSTER DU CENTRE DE SANTE)

NOM PROVINCE	CODE PROVINCE

NOM DISTRICT	CODE DISTRICT

NOM SECTEUR	CODE SECTEUR

NOM DU CENTRE DE SANTE	TELEPHONE DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

NOM D'ENQUÊTEUR	CODE

VISITE 1	JOUR	MOIS	ANNÉE

VISITE 2	JOUR	MOIS	ANNÉE

VISITE 3	JOUR	MOIS	ANNÉE

INTERVIEW A COMMENCE A :

INTERVIEW EST TERMINEE A:

NOM DU SUPERVISEUR	CODE

JOUR	MOIS	ANNÉE

NOM DE L'OPÉRATEUR DE SAISIE	CODE

JOUR	MOIS	ANNÉE

RÉSULTAT DE L'ENTRETIEN	ENTRETIEN RÉALISÉ	01	
	ENTRETIEN PARTIELLEMENT RÉALISÉ	02	
	ENTRETIEN REFUSÉ PAR LE RESPONSABLE	03	
	RESPONSABLE ABSENT (PERSONNEL PRÉSENT NON HABILITÉ À RÉPONDRE)	04	
	ÉTABLISSEMENT VIDE (AUCUN PERSONNEL PRÉSENT)	05	
	ÉTABLISSEMENT INTROUVABLE	06	
AUTRE, PRÉCISER :		96	
LANGUE			
KINYARWANDA		01	
FRANCAIS		02	
ANGLAIS		03	
AUTRE, PRÉCISER :		96	
ENQUÊTEUR	RÉPONSES	Interprète utilisé ?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		JAMAIS	01
		PARFOIS	02
		TOUT LE TEMPS	03

(1) Informations générales		NOTER LA RÉPONSE
(1.01)	Pourriez-vous m'indiquer votre nom ?	
(1.02)	ENQUÊTEUR : NOTER LE CODE D'IDENTIFICATION DE L'AGENT DE SANTÉ FIGURANT DANS LA LISTE DU PERSONNEL (SECTION 3 DE LA QUESTIONNAIRE ESTABLISSEMENT DE SANTE)	
(1.03)	SEXE	<div>HOMMES 01</div> <div>FEMMES 02</div>
(1.04)	Quel âge avez-vous ?	ANNÉES
(1.05)	Quelle est votre statut marital ?	<div>Célibataire 01 ► (1.07)</div> <div>Marié(e)/vie maritale 02</div> <div>Veuf/veuve 03 ► (1.07)</div> <div>Divorcé(e)/séparé(e) 04 ► (1.07)</div>
(1.06)	Vivez-vous avec votre conjoint ?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2</div>
(1.07)	Avez-vous des enfants ?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2 ► (1.09)</div>
(1.08)	Combien d'enfants scolarisés vivent avec vous ?	
(1.09)	Êtes vous né(e) dans ce district ?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2</div>
(1.10)	Qui est votre employeur ?	<div>Gouvernement central 01</div> <div>Établissement de santé 02</div> <div>Organisation non gouvernementale (ONG) 03</div> <div>Armée 04</div> <div>Organisme confessionnel 05</div> <div>Travailleur indépendant 06</div> <div>Communauté locale 07</div> <div>Autre, spécifier: 96</div>
(1.11)	Quel type de contrat de travail avez-vous avec votre employeur ?	<div>Contrat à durée indéterminée, ouvrant droit à pension 01</div> <div>Contrat à durée déterminée de courte durée (< 6 mois) 02</div> <div>Contrat à durée déterminée de longue durée (≥ 6 mois) 03</div> <div>Pas de contrat 04</div> <div>Bénévole 05</div> <div>Autre, spécifier: 96</div>
(1.12)	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez complété, et combien d'années d'études (ou de classes) avez-vous complétées au sein de ce niveau ?	<div>Creche 01</div> <div>Maternelle 02</div> <div>Primaire 03</div> <div>Secondaire 04</div> <div>Classe préparatoire 05</div> <div>Premier cycle supérieur 06</div> <div>Deuxième cycle supérieur 07</div> <div>Troisième cycle supérieur 08</div> <div>Aucun 09 ► (1.13)</div> <div>Autre, spécifier: 96</div>
	NOMBRE D'ANNÉES ACCOMPLIES DANS CE NIVEAU	

(1.13)	Quand est-ce que vous avez commence a travailler apres vous avez obtenu votre diplôme le plus élevé ?	a. ANNÉE	AAAA	
		b. MOIS (DE 0 À 11)	MM	
(1.14)	Quand est-ce que vous avez commence a travailler comme agent de santé dans cet établissement ?	a. ANNÉE	AAAA	
		b. MOIS (DE 0 À 11)	MM	
(1.15)	Quel poste d'agent de santé occupez-vous tel que défini par le ministère de la Santé ?	Médecin	01	
		Assistant medical	02	
		Administrateur de l'hôpital	03	
		Infirmier	04	
		Sage-femme	05	
		Pharmacien	06	
		Technicien d'hygiène du milieu	07	
		Aide-soignant	08	
		Distributeur en pharmacie	09	
		Laborantin	10	
		Technicien de labora	11	
		Employé journalier classifié	12	
Autre, spécifier:			96	
Je vais maintenant vous poser des questions sur les services que vous avez assurés au cours des 3 derniers mois.				
(1.16)	<p>Au cours des 3 derniers mois, quels services avez-vous assurés parmi les suivants ?</p> <p>ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" SI L'AGENT DE SANTÉ A ASSURÉ CE SERVICE AU MOINS UNE FOIS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS, SINON "2".</p> <p>SI L'AGENT DE SANTÉ TRAVAILLE DANS L'ÉTABLISSEMENT DEPUIS MOINS DE 3 MOIS, DEMANDER LES SERVICES QU'IL A ASSURÉS DANS CET ÉTABLISSEMENT PENDANT CETTE PÉRIODE.</p> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	a	Supervision d'agents de santé communautaires	
		b	Consultation curative pédiatrique	
		c	Consultation curative adultes	
		d	Consultation de planification familiale	
		e	Consultation prénatale	
		f	Consultation postnatale	
		g	Accouchement en milieu médical	
		h	Accouchement à domicile	
		i	Diagnostic/traitement de la tuberculose	
		j	Vaccinations	
		k	Suivi de la croissance / conseils nutritionnels	
		l	Formation d'agents de santé communautaires	
		m	Prise en charge de handicaps et de maladies chroniques	
		n	Traitement de troubles mentaux	
		o	Conseil et dépistage du VIH/sida	
		p	Traitement du VIH/sida (traitement antirétroviral, ART)	
		q	Circoncision	
		r	Autre, spécifier:	

(2) Formation de personnel					
(2.01)	<p>Pour chacun des sujets que je vais mentionner, j'aimerais savoir à quand remonte la dernière formation en cours d'emploi que vous avez reçue. Ne tenez pas compte de votre formation médicale ou paramédicale initiale. ENQUÊTEUR : LA QUESTION PORTE UNIQUEMENT SUR LES FORMATIONS REÇUES APRÈS L'ACHÈVEMENT DES ÉTUDES. PAR EXEMPLE, UNE FORMATION REÇUE DANS LE CADRE DES ÉTUDES DE MÉDECINE OU DE CHIRURGIE NE DOIT PAS ÊTRE NOTÉE ICI. LIRE À HAUTE VOIX LES SUJETS. POUR CHACUN D'EUX, NOTER "1" SI L'AGENT DE SANTÉ A BÉNÉFICIÉ D'UNE FORMATION IL Y A MOINS D'UN AN, "2" S'IL Y A PLUS D'UN AN, ET "3" SI L'AGENT N'A JAMAIS ÉTÉ FORMÉ SUR CE SUJET APRÈS SES ÉTUDES. NOTER "1" OU "2" POUR TOUT SUJET "AUTRE", DANS LA LIMITE DE 3 SUJETS, ET PRÉCISER LESQUELS.</p>				
		FORMATION IL Y A MOINS D'1 AN	FORMATION IL Y A PLUS D'1 AN	PAS DE FORMATION	NOTER LA RÉPONSE
a	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	1	2	3	
b	Paludisme	1	2	3	
c	Diagnostic et traitement de la tuberculose	1	2	3	
d	Santé procréative / planification familiale	1	2	3	
e	Soins prénatals	1	2	3	
f	Travail et accouchement	1	2	3	
g	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence	1	2	3	
h	Soins néonataux	1	2	3	
i	Soins postnatals / post-partum	1	2	3	
j	Allaitement maternel, y compris allaitement écologique	1	2	3	
k	Santé mentale	1	2	3	
l	Nutrition et suivi de la croissance	1	2	3	
m	Conseil et dépistage du VIH/sida	1	2	3	
n	Traitement et suivi du VIH/sida (traitement antirétroviral, ARV)	1	2	3	
o	Prévention de la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant (PTME)	1	2	3	
p	Prise en charge des maladies sexuellement transmissibles (MST)	1	2	3	
q	Vaccination	1	2	3	
r	Soins curatifs de l'adulte	1	2	3	
s	Gestion et administration	1	2	3	
t	Santé communautaire / interventions sur le terrain	1	2	3	
u	Autre, spécifier:	1	2	3	

			NOTER LA RÉPONSE
(2.02)	Y a-t-il d'autres formations dont vous ressentez personnellement le besoin dans votre poste actuel ?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2 ► (3.01)</div>	
(2.03)	De quelles autres formations estimez-vous avoir besoin dans votre poste actuel ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" SI ELLE EST CITÉE, "2" SI ELLE N'EST PAS CITÉE.		NOTER LA RÉPONSE
		OUI NON	
a	PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT (PCIME)	1 2	
b	PALUDISME	1 2	
c	DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE	1 2	
d	SANTÉ PROCRÉATIVE / PLANIFICATION FAMILIALE	1 2	
e	SOINS PRÉNATALS	1 2	
f	TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT	1 2	
g	SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATALS D'URGENCE	1 2	
h	SOINS NÉONATALS	1 2	
i	SOINS POSTNATALS / POST-PARTUM	1 2	
j	ALLAITEMENT MATERNEL, Y COMPRIS ALLAITEMENT ÉCOLOGIQUE	1 2	
k	SANTÉ MENTALE	1 2	
l	NUTRITION ET SUIVI DE LA CROISSANCE	1 2	
m	CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH/SIDA	1 2	
n	TRAITEMENT ET SUIVI DU VIH/SIDA (TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL, ARV)	1 2	
o	PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA DE LA MÈRE À L'ENFANT (PTME)	1 2	
p	PRISE EN CHARGE DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (MST)	1 2	
q	VACCINATION	1 2	
r	SOINS CURATIFS DE L'ADULTE	1 2	
s	GESTION ET ADMINISTRATION	1 2	
t	SANTÉ COMMUNAUTAIRE / INTERVENTIONS SUR LE TERRAIN	1 2	
u	AUTRE, SPÉCIFIER:	1 2	

(3) Horaires et fonctions		NOTER LA RÉPONSE
(3.01)	Au cours des 7 derniers jours, combien d'heures avez-vous travaillé dans cet établissement au total ?	NOMBRE D'HEURES SUR LES 7 DERNIERS JOURS. 168 MAXIMUM.
(3.02)	Nous savons bien que les agents de santé ne peuvent pas toujours assurer leurs fonctions et respecter leurs horaires. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous été absent(e) du travail ?	NOMBRE DE JOURS SUR LES 30 DERNIERS JOURS SI NOMBRE DE JOURS=0 ► (3.05)
(3.03)	La dernière fois que vous avez été absent(e) du travail, quelle en était la raison ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER SI L'AGENT DE SANTÉ L'A CITÉE OU NON. CITÉ.....1 NON CITÉ.....2	a. J'AI EU DES PROBLÈMES DE TRANSPORT POUR VENIR AU TRAVAIL
		b. J'ÉTAIS MALADE
		c. JE M'OCCUPAIS D'UN MEMBRE DE MA FAMILLE MALADE
		d. J'ÉTAIS OCCUPÉ(E) À UN AUTRE TRAVAIL (RÉMUNÉRÉ)
		e. J'ÉTAIS OCCUPÉ(E) À UN AUTRE TRAVAIL (NON RÉMUNÉRÉ)
		f. JE M'OCCUPAIS D'ENFANTS
		g. J'ÉTAIS OCCUPÉ(E) À DES TÂCHES MÉNAGÈRES
		h. J'ÉTAIS FATIGUÉ(E) DE MA JOURNÉE DE LA VEILLE
		i. AUTRE, SPÉCIFIER:
(3.04)	Lorsque vous êtes absent(e) de l'établissement, que se passe-t-il ? ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" POUR OUI, OU "2" POUR NON.	a. Le directeur / responsable de l'établissement vous contacte
		b. Votre salaire / indemnité / prime est réduite
		c. Le responsable en discute avec vous
		d. Les absences sont prises en compte dans votre évaluation
		e. Vos collègues vous en parlent
		f. Autre, spécifier:
(3.05)	Combien de patients individuels avez-vous vus pendant votre dernière journée de travail complète ? ENQUÊTEUR : NE PAS COMPTER LES SÉANCES COLLECTIVES D'INFORMATION ORGANISÉES POUR LES MÈRES OU LES PATIENTS	NOMBRE DE PATIENTS

(4) Salaire			NOTER LA RÉPONSE
(4.01)	Sur les 2 dernières années, votre salaire a-t-il augmenté?	OUI 1	
		NON 2 ► (4.03)	
(4.02)	Sur les 2 dernières années, votre salaire a-t-il augmenté pour l'une des raisons suivantes ? ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" POUR OUI, OU "2" POUR NON.	a. Augmentation périodique ou générale	
		b. Performances individuelles	
		c. Promotion	
		d. Autre, spécifier:	
(4.03)	Au cours de 12 derniers mois, avez-vous reçu sans retard tous les salaires qui vous étaient dus ?	OUI 1 ► (4.06)	
		NON 2	
(4.04)	Le mois dernier, avec combien de jours de retard votre salaire a-t-il été versé ?	ENQUÊTEUR : INSCRIRE UN NOMBRE ENTRE 01 ET 31.	
		PAS ENCORE REÇU 77	
		REÇU LE JOUR NORMAL 0	
(4.05)	Au cours des 12 derniers mois, les fois où vous n'avez pas reçu l'intégralité de votre salaire à la date normale, quelle raison vous a généralement été donnée ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE LES RÉPONSES POSSIBLES À HAUTE VOIX. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER SI LA PERSONNE A CITÉ OU NON CETTE RAISON. CITÉ.....1 NON CITÉ.....2	a. MANQUE DE FOND	
		b. RETARD SYSTÉMIQUE / PROBLÈME ADMINISTRATIF	
		c. SALAIRE SUSPENDU POUR PAYER DES DETTES	
		d. PAS DE RAISON DONNÉE AU NON-PAIEMENT	
		e. LIÉ AUX PERFORMANCES / ABSENCES	
		f. AUTRE, SPÉCIFIER:	
(4.06)	Si vous deviez quitter votre emploi actuel, où iriez-vous ?	ONG DU SECTEUR SANTÉ 01	
		À L'ÉTRANGER 02	
		ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ 03	
		ORGANISME CONFESIONNEL 04	
		STRUCTURE HORS DU SECTEUR SANTÉ 05	
		STRUCTURE GOUVERNEMENTALE 06	
		POUR CONTINUER LES ETUDES 07 ► (5.01)	
		AUTRE, SPÉCIFIER: 96	
(4.07)	Quel serait le niveau de salaire mensuel le plus bas que vous accepteriez pour l'emploi qui vous intéresserait le plus ?	FRW	

(5)	Autres éléments de rémunération et avantages	NOTER LA RÉPONSE
(5.01)	Recevez-vous actuellement certains des avantages suivants au titre de votre emploi actuel ?	a. Logement gratuit ou subventionné
		b. Couverture de santé et/ou médicaments
		c. Repas/nourriture gratuits au travail
	ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" POUR OUI, OU "2" POUR NON.	d. Vêtements de travail
		e. Chaussures de travail
		f. Transport entre le domicile et le travail
		g. Scolarité gratuite ou subventionnée pour les enfants
(5.02)	Recevez-vous actuellement une allocation de logement ?	OUI 1 NON 2 ► (5.03)
(5.03)	Recevez-vous actuellement une indemnités de brousse (pour tenir compte des conditions de vie difficiles) ?	OUI 1
		NON 2 ► (5.05)
(5.04)	Quel montant d'indemnités de brousse avez-vous reçu au cours de la dernière période ou lors du dernier versement ponctuel en frw ?	FRW
(5.05)	Recevez-vous normalement une indemnité de déplacement pour les activités sur le terrain ?	OUI 1
		NON 2 ► #REF!
(5.06)	Au cours des 3 derniers mois, quel montant d'indemnité de déplacement avez-vous reçu pour les activités sur le terrain en frw ?	FRW

(7) Études de situation portant sur des protocoles-CONSULTATION PRENATALE			
(7.01)	ENQUÊTEUR: Est-ce que cet agent de sante fait les consultations prenatales dans cet etablissement?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2 ► STOP</div>	
	<p>ENQUÊTEUR: Administrer cette partie UNIQUEMENT a l'agent de sante qui fait les consultations prenatales dans cet etablissement</p> <p>INSTRUCTIONS DE L' ENTRETIEN</p> <p>LISEZ DEUX FOIS LE CAS ET ENSUITE POSEZ LES QUESTIONS 7.02-7.09.</p> <p>J'aimerais maintenant examiner un exemple de situation qui pourrait se produire dans ce centre de santé. Cette situation peut ou non être vraie aujourd'hui dans ce centre de santé où vous travaillez. Pour cette situation, je souhaiterais savoir le type de mesures que vous prendriez. Toutes les réponses sont confidentielles. Le type de situation que je souhaiterais aborder avec vous est une consultation prénatale. Je vais vous lire le cas, puis je vous demanderai ce que vous feriez.</p> <p>Mme SIBESO, 26 ans, mariée, a emménagé récemment dans le secteur et vient vous voir pour la première fois. Elle est manifestement enceinte et indique ne pas avoir encore eu de consultation prénatale pour cette grossesse. Pourriez-vous me dire quelles questions vous poseriez à Mme SIBESO, et quelles mesures vous prendriez ?</p>		
QUESTIONS		RÉPONSES POSSIBLES	NOTER LA RÉPONSE
(7.02)	Quelles questions poseriez-vous à Mme Sibeso sur ses précédentes grossesses ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER SI L'AGENT DE SANTÉ L'A CITÉE OU NON. CITÉ.....1 NON CITÉ.....2	A NOMBRE DE PRÉCÉDENTES GROSSESSES	
		B NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES	
		C NOMBRE DE FAUSSES COUCHES / ENFANTS MORTS-NÉS / AVORTEMENTS	
		D HÉMORRAGIES PENDANT LES ACCOUCHEMENTS PRÉCÉDENTS ?	
		E COMMENT EST NÉ LE DERNIER ENFANT (ACCOUCHEMENT NATUREL ? CÉSARIENNE ? FORCEPS ?)	
		F POIDS À LA NAISSANCE DU DERNIER ENFANT	
		G ANTÉCÉDENTS D'ANOMALIES GÉNÉTIQUES	
		H VACCINATIONS CONTRE LE TÉTANOS ?	
(7.03)	Quelles questions poseriez-vous à Mme Sibeso sur sa grossesse actuelle ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER SI L'AGENT DE SANTÉ L'A CITÉE OU NON. CITÉ.....1 NON CITÉ.....2	A DATE DES DERNIÈRES RÈGLES	
		B PROBLÈMES DE SANTÉ ACTUELS ?	
		C CONTRACTIONS ?	
		D SAIGNEMENTS VAGINAUX ?	
		E PERTE / GAIN DE POIDS ?	
		F NAUSÉES OU VOMISSEMENTS ?	
		G MÉDICAMENTS PRIS EN CE MOMENT ?	
		H VACCINATIONS CONTRE LE TÉTANOS ?	
(7.04)	Quelles questions poseriez-vous à Mme Sibeso sur ses antécédents médicaux ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER SI L'AGENT DE SANTÉ L'A CITÉE OU NON. CITÉ.....1 NON CITÉ.....2	A ANTÉCÉDENTS D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE?	
		B ANTÉCÉDENTS DE DIABÈTE ?	
		C MALADIE SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES CONTRACTÉES, Y COMPRIS VIH ?	
		D UTILISATION D'UN STÉRILET OU DE CONTRACEPTIFS ?	
		E FROTIS CERVICAUX ?	
		F MALADIES DU CŒUR, DU FOIE, PALUDISME, GOÎTRE ?	
		G ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIES HÉRÉDITAIRES ?	
		H ALLERGIES À DES MÉDICAMENTS ?	
		I FUMEUSE OU ANCIENNE FUMEUSE ?	
		J ANTÉCÉDENTS DE CONSOMMATION D'ALCOOL ?	
		K ANTÉCÉDENTS DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES ILLICITES (DROGUES) ?	
		L GROUPE SANGUIN ET COMPATIBILITÉ	

QUESTIONS		RÉPONSES POSSIBLES	NOTER LA RÉPONSE
(7.05)	Quels examens physiques pratiqueriez-vous sur Mme Sibeso ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER SI L'AGENT DE SANTÉ L'A CITÉE OU NON. CITÉ.....1 NON CITÉ.....2	A	TAILLE
		B	POIDS
		C	TENSION ARTÉRIELLE
		D	TEMPÉRATURE
		E	RYTHME RESPIRATOIRE
		F	PALPER L'ABDOMEN
		G	ÉCOUTER LES BATTEMENTS CARDIAQUES DU FŒTUS
		H	EXAMEN PELVIEN
		I	RECHERCHER DES OEDÈMES / ENFLURES
		J	MESURER LA TAILLE DE L'UTÉRUS
		K	VACCINER CONTRE LE TÉTANOS
(7.06)	Quels examens de laboratoire demanderiez-vous pour Mme Sibeso ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER SI L'AGENT DE SANTÉ L'A CITÉE OU NON. CITÉ.....1 NON CITÉ.....2	A	TEST DE GROSSESSE
		B	DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE
		C	TEST URINAIRE DE DÉPISTAGE DU DIABÈTE
		D	ALBUMINURIE
		E	ÉCHOGRAPHIE
		F	DOSAGE DES PLAQUETTES
		G	TEST HÉPATIQUES
		H	URÉE (SÉRUM) ET CRÉATININE
		I	SÉROLOGIE DU VIH
		J	SÉROLOGIE DES MALADIE SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES - SYPHILIS ET/OU GONORRÉE
		K	GROUPE SANGUIN ET COMPATIBILITÉ
(7.07)	Que prescririez-vous ou donneriez-vous à Mme Sibeso ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER SI L'AGENT DE SANTÉ L'A CITÉE OU NON. CITÉ.....1 NON CITÉ.....2	A	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE
		B	FER ET ACIDE FOLIQUE
(7.08)	Quels types de conseils donneriez-vous à Mme Sibeso ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER SI L'AGENT DE SANTÉ L'A CITÉE OU NON. CITÉ.....1 NON CITÉ.....2	A	NUTRITION
		B	FER ET ACIDE FOLIQUE
		C	SIGNAUX D'ALERTE JUSTIFIANT UNE INTERVENTION D'URGENCE
		D	ALLAITEMENT MATERNEL
		E	CONTRACEPTION
		F	CONSEIL ET DÉPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH
		G	UTILISATION D'UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE
(7.09)	Quelles mesures de suivi prendriez-vous pour Mme Sibeso ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, CITÉ.....1 NON CITÉ.....2	A	REMPLIR UNE FICHE DE MATERNITÉ
		B	PROGRAMMER UNE AUTRE CONSULTATION PRÉNATALE
		C	PROGRAMMER UN ACCOUCHEMENT EN MILIEU MÉDICAL
MERCI DE VOTRE COOPÉRATION			