



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

ENQUETE DE BASE POUR L'ÉVALUATION D'IMPACT DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS 2015



QUESTIONNAIRE MENAGE

SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Province _____	District : _____
Zone de Santé (ZS) _____	Aire de santé: _____
Code de village ou Quartier : _____	Nom de Fosa: _____
Numéro du ménage: _____	Section d'Enumération: _____
Type de la Formation sanitaire:	Hôpital 1 Centre de santé 2
Statut de FOSA _____	Categorie de Centre de santé:
Public 1	PMAS 1
Privé à but lucratif 2	PMAE 2
Privé à but non-lucratif 3	
Confessionnel 4	
Parapublic (Etat-confessionnel, Etat-Privé) 5	

COORDONNEES GPS DU MENAGE

LATITUDE (NORD): _____

LONGITUDE (EST): _____

Milieu de résidence

Urbain 1

Rural2

Le répondant :

Chef de ménage..... 1

Epouse du Chef du ménage 2

Enfant du chef du ménage3

Autre personne (à préciser)7

VISITES DANS LE MENAGE

NOM/PRENOM DE L'ENQUÊTEUR: _____ CODE ENQUÊTEUR: _____

Date Visite

JOUR	MOIS	ANNÉE
_____	_____	_____

LANGUE UTILISEE

PAR L'ENQUÊTEUR ?	PAR LE RÉPONDANT ?	Français 1
		Lingala 2
		SWAHILI 3
		KIKONGO 4
		Autre, à préciser 7

RECAPITULATIF DU MENAGE

Nombre total des membres du ménage :	_____
Nombre total d'enfants de 0-4 ans :	_____
Nombre total de filles de 5-14 ans :	_____
Nombre total de garçons 5-14 ans :	_____
Nombre total de femmes de 15-49 ans :	_____
Nombre total d'hommes de 15-49 ans :	_____
Nombre total de femmes de plus de 50 ans :	_____
Nombre total d'hommes de plus de 50 ans :	_____

RESULTAT DE L'ENTRETIEN :

Entièrement rempli 1
Partiellement rempli 2
Refus d'autoriser l'entretien 3
Absence des mebres du ménage 4
Autre (à préciser) 7

CONSENTEMENT ECLAIRE, A RECUEILLIR AVANT LE DEBUT DE L'ENTREVUE

ENQUÊTEUR : Bonjour/Bonsoir ! Je m'appelle _____, je travaille pour Medecins d'Afrique. Le Ministère de la santé nous a demandé de mener une étude portant sur les formations sanitaires du Congo RD. Aujourd'hui, nous allons nous entretenir avec Vous. Nous voulons déterminer le niveau général de service dans les formations sanitaires du pays. Si vous acceptez de prendre part à cet entretien, nous vous assurons que les informations fournies seront traitées confidentiellement. Vous avez le droit de refuser de prendre part à l'entretien au début ou de l'interrompre à n'importe quelle étape. Toutefois, nous vous réaffirmons que 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 dans votre province. Acceptez-vous prendre part à l'enquête aujourd'hui ?

OUI

1

NON

2

9 Statut de Santé

SUJET : TOUTES LES FEMMES ENQUETEES DANS LE MENAGE
REONDANT : ELLE

[illegible]

9 Statut de Santé et Utilisation de service de santé

[illegible]

9 Statut de Santé et Utilisation de service de santé

CODE ID	DÉPENSES (9.18)					
	Au cours des 4 dernières semaines, quel est le montant dépensé par votre ménage de sa propre poche pour traiter votre maladie / la maladie de [NOM] ? Plus spécifiquement, combien votre ménage a-t-il dépensé pour...					
	Inscrire 00 si pas de dépense					
	Pouvez-vous me montrer l'ordonnance ou le carnet de vaccination ?					
	LISEZ À HAUTE VOIX CHAQUE CATÉGORIE					
	A.	B.	C.	D.	E.	F.
	Frais de consultation officiels	Frais de laboratoire/radiographie et de chirurgie	Autres paiements (frais non réglementaire,etc)	Transports	Médicaments	Montant total des frais de santé
	FRS Ccongolais	FRS Ccongolais	FRS Ccongolais	FRS Ccongolais	FRS Ccongolais	FRS Ccongolais
01						
02						
03						
04						
05						
11						
12						
13						
14						
15						

10 Dossier Grossesse

OBJET : FÉMMES ENCEINTE OU AYANT ÉTÉ ENCIENTES AU COURS DE 24 DERNIERS MOIS
RÉPONDANT : ELLE-MÊME

CODE ID	(10.00)	(10.01)	(10.02)	(10.03)	(10.04)	(10.05)		(10.06)	(10.07)		(10.08)	(10.09)	(10.10)		(10.11)	
	Quel âge avez-vous? INDIQUEZ LE NOMBRE D'ANNEES	Avez-vous déjà été enceinte, y compris pour des grossesses qui se sont terminées par des fausses-couches, un avortement ou la naissance d'un bébé sans vie (bébé mort-né) ?	Êtes-vous enceinte en ce moment ?	De combien de mois êtes-vous enceinte ?	Avez-vous des enfants auxquels vous avez donné naissance et qui vivent aujourd'hui avec vous ?	A.	B.	Avez-vous des enfants auxquels vous avez donné naissance, qui sont encore en vie mais qui ne vivent pas aujourd'hui avec vous ?	A.	B.	Avez-vous déjà donné naissance à un enfant qui est né en vie mais qui est mort par la suite ?	APPROFONDISSEZ :Madame/Mademoiselle, je comprends parfaitement que c'est difficile d'en parler, mais c'est très important pour nous de savoir/comprendre si cet événement est rare ou commun afin de permettre à l'Etat et ses partenaires de prendre de bonnes décisions. A cet effet, vous voudriez bien nous dire s'il vous est déjà arrivé de donner naissance à un enfant qui a pleuré	A.	B.	TOTALISEZ LES RÉPONSES À (10.05) (10.07) (10.10) ENTREZ TOTAL ICI. S'IL N'Y EN A PAS EU, INSCRIVEZ 00.	
		OUI 1	OUI 1		OUI 1	OUI 1					OUI 1					
		NON 2	NON 2 ▶ (10.04)		NON 2	NON 2					▶ (10.10)	NON 2				
		▶ SUIVANT	PAS 3 ▶ (10.04)		▶ (10.06)	▶ (10.08)					▶ (10.11)					
				MOIS		FILS	FILLES		FILS	FILLES			FILS	FILLES	FILS	FILLES
	01															
	02															
	03															
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																

10 Dossier Grossesse

CODE ID	(10.12)	(10.13)	(10.14)		(10.15)	(10.16)	(10.17)		(10.18)	(10.19)	(10.20)		(10.21)
	Veuillez confirmer que le nombre total d'enfants auxquels vous avez donné naissance s'élève à... [NOMBRE EN QUESTION] (10.11) 1 Nombre: <input type="text"/>	EST-CE QUE LE NOMBRE DE BÉBÉS NÉS EN VIE (10.11) EST AU MOINS EGAL A UN?	Quand avez-vous donné naissance pour la dernière fois à un enfant en vie ?		Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par un enfant mort-né, c'est-à-dire une grossesse d'au mois 28 semaines mais dont le bébé est mort avant sa naissance ?	Combien de grossesses se sont-elles terminées par un enfant mort-né ?	Quand avez-vous eu pour la dernière fois un enfant mort-né ?		Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse couche ou un avortement ?	Combien de grossesses se sont-elles terminées par une fausse couche ou un avortement ?	Quand avez-vous eu pour la dernière fois une fausse couche ou un avortement ?		LA FEMME EST ENCEINTE OU AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS, CETTE FEMME A-T-ELLE EU AU MOINS UN ENFANT VIVANT, UN ENFANT MORT-NÉ, UNE FAUSSE COUCHE OU UN
													VÉRIFIEZ LES INFORMATIONS A
	SI INCORRECT, APPROFONDISSEZ ET CORRIGEZ SUIVANT BESOIN	OUI 1 NON 2 ▶ (10.15)	MOIS NON CONNU.....98		OUI 1 NON 2 ▶ (10.18)		MOIS NON CONNU.....98		OUI 1 NON 2 ▶ (10.21)		MOIS NON CONNU.....98		(10.02) (10.14) (10.17) (10.20)
			MOIS	ANNÉE		NOMBRE	MOIS	ANNÉE		NOMBRE	MOIS	ANNÉE	
	01												
	02												
	03												
	04												
05													
06													
07													
08													
09													
10													

11 Historique des naissances

OBJET : FEMMES 15 à 49 ans ETANT ENCEINTE OU AYANT EU UN OU PLUSIEURS ENFANT(S) EN VIE OU MORT(S)-NÉ(S). FAUSSE(S) COUCHE(S) OU AVORTEMENT(S) DANS LE MENAGE

ENQUÊTEUR: DOIT LISTER LES GROSSESSES PAR ORDRE, DE LA PREMIÈRE. LES NAISSANCES MULTIPLES SONT LISTÉES COMME UNE GROSSESSE.

RÉPONDANT : ELLE-MÊME

[illegible]

12 Soins prénatals et postnatals

OBJET : FEMMES ELLIGIBLES ETANT ENCEINTE OU AYANT EU UN OU PLUSIEURS ENFANT(S) EN VIE OU MORT(S)-NÉ(S), FAUSSE(S) COUCHE(S) OU AVORTEMENT(S) AU COURS DES 24 MOIS PRÉCÉDANT CET ENTRETIEN

ENQUÊTEUR: DOIT LISTER LES GROSSESSES PAR ORDRE, DE LA PLUS RÉCENTE DANS LES 24 DERNIERS MOIS. LES NAISSANCES MULTIPLES SONT LISTÉES COMME UNE GROSSESSE.

RÉPONDANT : ELLE-MÊME

(12.01)		(12.01)a	SOINS PRÉNATALS					
(12.01)		(12.01)a	(12.36)	(12.02)	(12.03)			(12.04)
ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (10.21) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT- NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT DANS 24 DERNIERS MOIS OU DES FEMMES ETANT ENCEINTES	ENQUÊTEUR: CONFIRMEZ LE NOMBRE TOTAL D'ENFANT VIVANT, ENFANT MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT DANS LES 24 DERNIERS MOIS.	NUMÉRO DE GROSSESSE	Quels sont le mois et l'année de naissance de ce ou ces nouveau- nés ?	Maintenant, je vais vous poser quelques questions sur votre grossesse courante/ dernière grossesse/la grossesse précédente qui s'est terminée par un enfant vivant, un enfant mort-né, une fausse couche ou un avortement. Avez-vous consulté un personnel de santé pour les soins prénatals lors de cette grossesse ?	Pourquoi n'avez-vous pas consulté un personnel de santé pour les soins prénatals lors de cette grossesse ? INSCRIVEZ UN MAXIMUM DE 3 RAISONS			Avez-vous essayé d'obtenir des soins prénatals mais le personnel de l'établissement vous a demandé de partir et de revenir un autre jour ?
					TROP CHER	01	PAS DE TRANSPORT MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS HORAIRES PEU PRATIQUES LONGUES ATTENTES	
					TROP LOIN	02		
					TROP OCCUPÉ(E) (TRAVAIL, ENFANTS)	03		
					N'ÉTAIT PAS SUFFISAMMENT MALADE	04		
					ÉTAT PHYSIQUE DU BATIMENT INSPIRE PAS CONFIANCE	05		
					L'ÉTABLISSEMENT A DES STOCKS MEDICAMENTS INSUFFISANTS	06		
					MAUVAISE ATTITUDE DU PERSONNEL	07		
					NE CONNAIT AUCUN MEMBRE DU PERSONNEL	08		
					NE FAIT PAS CONFIANCE AU PERSONNEL	09		
					PERSONNEL HABITUELLEMENT ABSENT	10		
					ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ FERMÉ	11		
					PAS DE TRANSPORT	12		
					MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS	13		
					HORAIRES PEU PRATIQUES	14		
LONGUES ATTENTES	15							
OUI	1	(12.05)	INSECURITE	16	OUI	1		
NON	2		PREFERE AUTOMEDICATION	17	NON	2		
				PREFERE MEDECINE TRADITIONNELLE	18			
				ETABLISSEMENT OFFRE PLUS DES MEDICAMENTS P.	19			
				MANQUE D'EXAMEN DE LABORATOIRE	20			
				AUTRE (SPÉCIFIEZ)	97			
				PREMIER	DEUXIÈME	TROISIÈME		
		1						
		2						
		3						
		1						
		2						
		3						
		1						
		2						
		3						
		1						
		2						
		3						

12 Soins prénatals et postnatals

SOINS PRÉNATALS							
(12.01)		(12.05)	(12.06)		(12.07)	(12.08)	
ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À	NUMÉRO DE GROSSESSE	Quel type de personnel avez-vous vu pour les soins prénatals lors de cette grossesse ?	Dans quel village/Quartier avez-vous / [NOM] a-t-elle cherché les soins prénatals lors de cette grossesse ?		Dans quel type d'établissement ou de lieu avez-vous vu ce type de personnel ?	S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, CENTRE DE SANTÉ, POSTE DE SANTÉ OU CLINIQUE, APPROFONDISSEZ POUR OBTENIR LE NOM DE CET ÉTABLISSEMENT ET INSCRIRE SON CODE	
(10.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT DANS 24 DERNIERS MOIS.		S'IL Y A PLUS D'UN PERSONNEL DE SANTÉ INSCRIVEZ LE PLUS QUALIFIÉ.	DOCTEUR EN MÉDECINE 01 INFIRMIÈRE 02 INFIRMIÈRE / ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE 03 RELAIS COMMUNAUTAIRE 04 TECHNICIEN DE LABORATOIRE 05 PHARMACIEN 06 ACCOUCHEUSE / SAGE FEMME 07 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL 08 GUÉRISSEUR SPIRITUEL 09 VENDEUR DE MÉDICAMENTS 10 AUTRE (SPÉCIFIEZ) 97	INSCRIRE LISIBLEMENT LE NOM DU VILLAGE/QUARTIER, PUIS LE CODE CORRESPONDANT	S'IL Y EN A PLUS D'UN, INSCRIVEZ L'ÉTABLISSEMENT OU LE LIEU QUI CORRESPOND AU PROFESSIONNEL DONNÉ EN (12.05)		
					01 Clinique Universitaire		
					02 Hôpital Général Provincial de Référence		
					03 Hôpital Général de référence		
					04 Centre de Santé de référence/ clinique		
					05 Centre de Santé		
					06 Poste de santé		
					07 PERSONNEL DE SANTÉ EN PRIVE		
					8 ► (12.09) AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE		
					9 ► (12.09) TRADIPRATICIEN		
					10 ► (12.09) PHARMACIE PRIVÉE		
					11 ► (12.09) VENDEUR AMBULANT/MARCHE		
					12 ► (12.09) MÉDECINE CHINOISE		
					13 ► (12.09) AUTRE		
		NOM	CODE		NOM	CODE	
	1						
	2						
	3						
	1						
	2						
	3						
	1						
	2						
	3						
	1						
	2						
	3						

12 Soins prénatals et postnatals

SOINS PRÉNATALS																		
(12.01)	(12.09)	(12.10)	(12.11)	(12.12)	(12.13)													
ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À	De combien de mois étiez-vous enceinte lorsque vous avez reçu les premiers soins prénatals pour cette grossesse ?	Pourriez-vous nous montrer votre carnet de santé ou fiche CPN? Enquêteur : demandez le carnet de santé ou fiche et notez 1 pour "vu", 2 pour "non vu"	Combien de fois avez-vous été en consultations prénatales pour cette grossesse ?	De combien de mois étiez-vous enceinte lorsque vous avez reçu les derniers soins prénatals pour cette grossesse ?	Maintenant, j'aimerais vous poser des questions sur ce qui a peut-être été effectué lors des visites de soins prénatals pour votre dernière grossesse. Durant ces visites, l'élément décrit ci-dessous a-t-il été réalisé lors d'au moins une visite ?													
(10.20)	NUMÉRO DE GROSSESSE	ENQUÊTEUR - ARRONDISSEZ AU MOIS	SI UNE FOIS, INSCRIVEZ 1 PUIS ► (12.13)	ENQUÊTEUR - ARRONDISSEZ AU MOIS	OUI 1													
					NON 2													
CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT DANS 24 DERNIERS MOIS.					A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	H.	I.	J.	K.	L.	M.	N.
					Vous a-t-on pesée?	Vous a-t-on mesurée?	A-t-on mesuré votre Tension artérielle?	Avez-vous donné un échantillon d'urine?	Avez-vous donné un échantillon de sang?	Avez-vous programmé votre accouchement dans cet établissement ?	Le personnel de santé a-t-il palpé votre ventre ?	Le personnel de santé a-t-il estimé la date de votre accouchement ?	Votre hauteur utérine a-t-elle été mesurée (cela se fait lorsque le personnel de santé mesure votre ventre en se servant d'un mètre ruban) ?	Le personnel de santé vous a-t-il demandé votre groupe sanguin et votre rhésus ?	Avez-vous reçu des conseils au sujet de votre régime alimentaire pendant votre grossesse ?	Avez-vous reçu des conseils sur ce qu'il faut faire en cas d'urgence ?	Avez-vous reçu des conseils sur les habitudes vestimentaires ?	Avez-vous reçu des conseils Préparatoire à l'accouchement ?
	1																	
	2																	
	3																	
	1																	
	2																	
	3																	
	1																	
	2																	
	3																	
	1																	
	2																	
	3																	

12 Soins prénatals et postnatals

[illegible]

12 Soins prénatals et postnatals

[illegible]

12 Soins prénatals et postnatals

		ACCOUCHEMENT					CARACTÉRISTIQUES DU NOUVEAU-NÉ									
(12.01)	(12.33)	(12.34)			(12.35)	(12.36)	(12.37)			(12.38)			(12.39)			
ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (10.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT DANS 24 DERNIERS MOIS.	S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, CENTRE DE SANTÉ, POSTE DE SANTÉ OU CLINIQUE, APPROFONDISSEZ POUR OBTENIR LE NOM DE CET ÉTABLISSEMENT ET INSCRIRE SON CODE.	Pourquoi n'avez-vous pas accouché dans un établissement de santé formel pour cette grossesse ? INSCRIVEZ UN MAXIMUM DE 3 RAISONS			L'accouchement s'est-il fait par césarienne, c'est-à-dire, a-t-on ouvert votre ventre pour en sortir le bébé ?	VERIFIEZ: SI L'ISSUE DE CETTE GROSSESSE EST UNE FAUSSE-COUCHE SI OUI (12.47)	Ce ou ces nouveau-nés étaient-ils des garçons ou des filles ?			Ce ou ces nouveau-nés ont-ils été pesés à la naissance ?			Quel était le poids de ce ou ces nouveau-nés à la naissance ? INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES SI LE POIDS N'EST PAS CONNU, INSCRIVEZ 9,99			
		TROP CHER 01					GARCON 1 OUI 1 FILLE 2 NON 2 ► (12.41) NSP 98 ► (12.41)									
		TROP LOIN 02														
		TROP TARD LORS DE L'ACCOUCHEMENT 03														
		L'ÉTAT DU BATIMENT DE LA STRUCTURE EST MAUVAIS 04														
		L'ÉTABLISSEMENT A DES STOCKS INSUFFISANTS 05					OUI 1 NON 2									
		MAUVAISE ATTITUDE DU PERSONNEL 06														
		NE CONNAIT AUCUN PERSONNEL DE LA SANTÉ 07														
		MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS 08														
		SERVICE NON DISPONIBLE 09														
		PAS DE MOYEN DE TRANSPORT 10														
		PAS EU BESOIN 11														
		HORAIRES PEU PRATIQUES 12														
		LONGUE ATTENTE 13														
		PRÉFÈRE L'ACCOUCHEMENT À LA MAISON 14														
INSECURITE 15																
MA FAMILLE NE VOULAIT PAS QUE J'Y AILLE 16																
AUTRE (SPÉCIFIEZ) 97																
		NOM	CODE	PREMIER	DEUXIÈME	TROISIÈME		PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT	PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT	PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT
	1															
	2															
	3															
	1															
	2															
	3															
	1															
	2															
	3															
	1															
	2															
	3															

12 Soins prénatals et postnatals

		CARACTÉRISTIQUES DU NOUVEAU-NÉ						ALLAITEMENT																
(12.01)	(12.40)	(12.41)			(12.42)			(12.43)			(12.44)			(12.45)										
ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (10.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT DANS 24 DERNIERS MOIS.	CONFIRMEZ : LE POIDS EST-IL BASÉ SUR LA MÉMOIRE OU UNE CARTE DE SANTÉ / FICHE?	À la naissance, ce nouveau-né était-il très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?			Avez-vous allaité ce nouveau-né ?			Après la naissance de ce nouveau-né, au bout de combien de temps avez-vous commencé à l'allaiter ?			Durant les 6 premiers premiers mois suivant l'accouchement, a-t-on donné au nouveau-né autre chose que du lait maternel ?			Qu'a-t-on donné à boire au bébé en dehors du lait maternel ? INSCRIVEZ UN MAXIMUM DE 3 RÉPONSES										
														LAIT (EN DEHORS DU LAIT MATERNEL) 01			LAIT MATERNISÉ 06							
														EAU SIMPLE 02			THÉ/INFUSIONS 07							
														EAU SUCRÉE/CONTENANT DU GLUCOSE 03			MIEL 08							
																	CAFÉ 09							
																	JUS DE FRUIT 10							
														SOLUTION EAU+SUCRE+SEL 04										
														CALMANT POUR LES COLIQUES 05										
														AUTRE (SPÉCIFIEZ) 97										
		A. B. C.	A. B. C.	A. B. C.	A. B. C.	A. B. C.	A. B. C.	A. B. C.	A. B. C.	A. B. C.	A. B. C.	A. B. C.	A. B. C.	A.			B.			C.				
	PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT	PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT	PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT	PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT	PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT	PREMIER ENFANT			DEUXIÈME ENFANT			TROISIÈME ENFANT		
																1 2 3			1 2 3			1 2 3		
	1																							
	2																							
	3																							
	1																							
	2																							
	3																							
	1																							
	2																							
	3																							
	1																							
	2																							
	3																							

12 Soins prénatals et postnatals

		ALLAITEMENT			SOINS POST-NATALS				
(12.01)	(12.46)	(12.47)	(12.48)	(12.49)	(12.50)				
ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (10.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT DANS 24 DERNIERS MOIS.	Pendant combien de mois l'avez-vous allaité ?	Au cours des deux premiers mois après la naissance/la fausse couche, un professionnel de santé a-t-il vérifié votre santé ? <div>OUI 1 NON 2 ▶ (12.54)</div>	A combien de contrôles post- natals vous êtes- vous rendue ou combien de fois avez-vous été reçus au cours des 2 premiers mois suivant la naissance/fauss e couche ?	Combien de temps après la naissance/fausse couche avez-vous eu le premier contrôle post-natal ? INSCRIVEZ LA RÉPONSE EN JOURS. SI ELLE EST INFÉRIEURE À UN JOUR, INSCRIVEZ 00	Qui a vérifié votre santé la première fois ?				
	INSCRIVEZ LE RÉSULTAT EN MOIS								
	SI LA DURÉE EST INFÉRIEURE À UN MOIS, INSCRIVEZ 00								
	ALLAITE ENCORE 95								
	A. B. C.								
	PREMIER ENFANT				DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT			
	MOIS				MOIS	MOIS			
	NOMBRE				JOURS				
	1								
	2								
3									
1									
2									
3									
1									
2									
3									
1									
2									
3									

12 Soins prénatals et postnatals

SOINS POST-NATALS										
(12.01)	(12.51)		(12.52)	(12.53)		(12.54)				
ENQUETEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (10.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMEN T DANS 24 DERNIERS MOIS.	NUMÉRO DE GROSSESSE	Dans quel village/quartier avez-vous effectué le premier contrôle ?	Où ce contrôle a-t-il eu lieu ?	S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE, D'UN POSTE DE SANTE OU CLINIQUE, APPROFONDISSEZ POUR OBTENIR LE NOM DE CET ÉTABLISSEMENT ET INSCRIRE SON CODE.	▶ (12.55)	Pourquoi n'avez-vous pas eu de contrôle post-natal dans une institution de santé formelle ou par du personnel de santé formel pour cette grossesse ?				
						TROP CHER 01				
						TROP LOIN 02				
						TROP TARD LORS DE L'ACCOUCHEMENT 03				
						L'ETAT DU BATIMENT DE LA STRUCTURE EST MAUVAIS 04				
						L'ÉTABLISSEMENT A DES STOCKS INSUFFISANTS 05				
						MAUVAISE ATTITUDE DU PERSONNEL 06				
						NE CONNAIT AUCUN PERSONNEL DE LA SANTE 07				
						MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS 08				
						SERVICE NON DISPONIBLE 09				
						PAS DE MOYEN DE TRANSPORT 10				
						PAS EU BESOIN 11				
						HORAIRES PEU PRATIQUES 12				
						LONGUE ATTENTE 13				
		PRÉFÈRE L'ACCOUCHEMENT À LA MAISON 14								
		INSECURITE 15								
		MA FAMILLE NE VOULAIT PAS QUE J'Y AILLE 16								
		NE SAIS PAS								
		AUTRE (SPÉCIFIEZ) 97								
		NOM	CODE		NOM	CODE	PREMIER	DEUXIÈME	TROISIÈME	
			1							
			2							
			3							
			1							
			2							
	3									
	1									
	2									
	3									
	1									
	2									
	3									
	1									
	2									
	3									

12 Soins prénatals et postnatals

COMPRIMÉS/SIROP DE FER					VITAMINE A					
(12.01)		(12.55)	(12.56)	(12.57)	(12.58)	(12.59)	(12.60)	(12.61)	(12.62)	(12.63)
ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (10.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT DANS 24 DERNIERS MOIS.	NUMÉRO DE GROSSESSE	Après cette naissance/fausse couche, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer, du sirop de fer ou de l'acide folique ?	Qui vous a fourni la dose de fer ?	Combien de temps après l'accouche ment/fausse couche avez-vous pris la première dose de fer ?	Pendant combien de jours après la naissance/fausse couche avez-vous pris ces comprimés de fer ou ce sirop de fer ?	Au cours des deux premiers mois suivant la naissance/fausse couche, avez-vous reçu une dose de vitamine A (comme celle-ci) ?	Qui vous a prescrit la dose de vitamine A ?	VERIFIEZ SI L'ISSUE DE CETTE GROSSESSE EST UNE FAUSSE-COUCHE ► INDIVIDU SUIVANT	Le ou les enfants est-il ou sont-ils toujours en vie ?	Quel âge avai(en)t cet enfant ou ces enfants lors de son ou de leur décès ? INSCRIVEZ LA RÉPONSE EN MOIS
			DOCTEUR EN MÉDECINE 01	INSCRIVEZ LA RÉPONSE EN JOURS	NOMBRE DE JOURS	DOCTEUR EN MÉDECINE 01	DOCTEUR EN MÉDECINE 01			
			INFIRMIÈRE 02			INFIRMIÈRE 02	INFIRMIÈRE 02			
			INFIRMIÈRE / ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE 03			INFIRMIÈRE / ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE 03	INFIRMIÈRE / ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE 03			
			RELAIS COMMUNAUTAIRE 04			RELAIS COMMUNAUTAIRE 04	RELAIS COMMUNAUTAIRE 04			
			TECHNICIEN DE LABORATOIRE 05			TECHNICIEN DE LABORATOIRE 05	TECHNICIEN DE LABORATOIRE 05			
			PHARMACIEN 06			PHARMACIEN 06	PHARMACIEN 06			
			ACCOUCHEUSE / SAGE FEMME 07			ACCOUCHEUSE / SAGE FEMME 07	ACCOUCHEUSE / SAGE FEMME 07			
			GUÉRISSEUR TRADITIONNEL 08			GUÉRISSEUR TRADITIONNEL 08	GUÉRISSEUR TRADITIONNEL 08			
			GUÉRISSEUR SPIRITUEL 09			GUÉRISSEUR SPIRITUEL 09	GUÉRISSEUR SPIRITUEL 09			
			VENDEUR DE MÉDICAMENTS 10			VENDEUR DE MÉDICAMENTS 10	VENDEUR DE MÉDICAMENTS 10			
			MEMBRE DE LA FAMILLE 11			MEMBRE DE LA FAMILLE 11	MEMBRE DE LA FAMILLE 11			
			AMI/VOISIN 12			AMI/VOISIN 12	AMI/VOISIN 12			
			PAS D'ASSISTANCE 13			PAS D'ASSISTANCE 13	PAS D'ASSISTANCE 13			
		AUTRE (SPÉCIFIEZ) 97	AUTRE (SPÉCIFIEZ) 97			AUTRE (SPÉCIFIEZ) 97				
OUI 1	NON 2	► (12.59)	► (12.62)							
	1									
	2									
	3									
	1									
	2									
	3									
	1									
	2									
	3									
	1									
	2									
	3									
	1									
	2									
	3									

12 Soins prénatals et postnatals

(12.01)		(12.64)			(12.65)			(12.66)								
ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (10.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT- NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT DANS 24 DERNIERS MOIS.	NUMÉRO DE GROSSESSE	Ce ou ces enfants vit-il ou vivent-ils toujours avec vous ?			INSCRIVEZ LE CODE INDIVIDUEL D'IDENTIFICATION DE CE OU CES ENFANTS EN CONSULTANT LA LISTE			Au cours des dernières 24 heures, avez-vous donné à ce(s) enfant(s) l'un des produits suivants ? <div>OUI 1</div> <div>NON 2</div> <div>NSP 8</div>								
		OUI 1 ► (12.66)														
		NON 2														
		A.	B.	C.	A.	B.	C.	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	H.	I.
PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT	PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT	SUPPLÉMENTS EN VITAMINES	EAU SIMPLE	EAU SUCRÉE / BONBON / BUSCUIT	JUS DE FRUIT	LAIT MATERNISE	LAIT AUTRE QUE LAIT MATERNEL	AUTRES LIQUIDES	ALIMENTS SOLIDES	BOUILLIE		
			CODE ID	CODE ID	CODE ID											
	1															
	2															
	3															
	1															
	2															
	3															
	1															
	2															
	3															
	1															
	2															
	3															

13 Santé de la reproduction (femme)

OBJET : FEMMES AYANT ÉTÉ ENCIENTES AU COURS DE 24 DERNIERS MOIS
RÉPONDANT : ELLE-MÊME

CODE ID	(13.01)	(13.02)	(13.03)	(13.04)	(13.05)	(13.06)	(13.07)	(13.08)	(13.09)
	ENQUÊTEUR : VÉRIFIEZ LA QUESTION (10.02) LA FEMME EST-ELLE ACTUELLEMEN T ENCEINTE ?	Lorsque vous êtes tombée enceinte, l'aviez-vous souhaité en ce moment là, plus tard ou pas du tout ? <div>▶ 13.04</div>	Si vous pouviez choisir vous- même, combien de temps attendriez-vous avant la naissance de votre prochain enfant ? NE PEUT PAS DECIDER 1 MOINS DE 2 ANS 2 PLUS DE 2 ANS 3 N'EN VEUT PAS D'AUTRES 4	Durant les semaines à venir, si vous découvriez que vous êtes enceinte, serait- ce un grand problème, un petit problème ou pas du tout un problème pour vous ? GROS PROBLÈME 1 PETIT PROBLÈME 2	Êtes-vous pour ou contre les couples qui emploient des méthodes contraceptives pour éviter les grossesses ? POUR 1 CONTRE 2	Actuellement, avez-vous un partenaire sexuel régulier ? OUI 1 NON 2 ▶ (13.10)	Pensez-vous que votre partenaire (régulier) soit pour ou contre les couples qui emploient des méthodes contraceptives pour éviter les grossesses ? POUR 1 CONTRE 2	Au cours des six derniers mois, combien de fois avez-vous parlé à votre partenaire régulier au sujet du planning familial/de l'utilisation de JAMAIS 1 UNE OU DEUX FOIS 2 PLUS DE DEUX FOIS 3	A votre avis, pensez-vous que votre partenaire régulier veut plus d'enfants, moins d'enfants ou le même nombre d'enfants que vous? PAREIL 1 PLUS 2 MOINS 3 NE SAIT PAS 8
	OUI 1 NON 2 ▶ (13.03)	OUI A CE MOMEN 1 PLUS TARD 2 PAS DU TOUT 3	N'A PAS ENCORE DÉCIDÉ 5 INFERTILE 6 ▶ INDIVIDU SUIVANT	PAS DE PROBLÈME 3 NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 4	NE SAIT PAS 8		NE SAIT 8		
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									