



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 01 Centre de santé 02
Statut de FOSA _____	Categorie de Centre de santé:
Public 1	PMAS 1
lucratif 2	PMAE 2
Privé à but non-lucratif 3	
Confessionnel 4	
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

1 Caractéristiques des femmes éligibles du ménages

SUJET : TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS ENCEINTES OU AYANT EU UNE-NAISSANCE GROSSESSE AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS
 RÉPONDANT : LE CHEF DU MÉNAGE OU LE MEMBRE DU MÉNAGE LE MIEUX INFORMÉ

CODE ID	(1.01)	(1.02)			(1.03)	(1.04)	(1.05)	(1.06)	(1.07)	(1.08)		(1.09)
	Veuillez me communiquer le nom des femmes de 15-49 ans enceintes ou ayant eu naissance au cours des 24 derniers mois, et vivant dans le ménage INSCRIVEZ ICI LE PRÉNOM ET LE NOM DE FAMILLE	Quelle est la date de naissance de [NOM] ?			Quel âge a [NOM] ?	Est-ce que [NOM] est enceinte ?	Est-ce que [NOM] a des enfants de moins de 2 ans ?	Quelle est la situation matrimoniale actuelle de [NOM] ? Celibataire 01 Mariée monogame 02 Mariée polygame 03 Union libre 04 Divorcée/séparée 05 Veuve 06	Quel est le niveau d'instruction le plus élevé atteint par [NOM] ? Sans niveau 0 Maternel 1 Primaire 2 cycle d'orientation (1 ere et 2 eme année) 3 cycle humanités (3 eme,4eme,5eme et 6 eme) 4 Supérieur et plus 5	À ce niveau d'instruction quelle est la classe la plus élevée achevée par [NOM] ?		Quelle est la religion de [NOM] ? Aucun 1 Catholique 2 Protestant 3 Musulman 4 Reveil 5 Kimbanguiste 6 Salutiste 7 Autre à préciser 97
		SI LE RÉPONDANT NE CONNAIT PAS LE JOUR OU LE MOIS, INSCRIVEZ "98". S'IL NE CONNAIT PAS L'ANNÉE, APPROFONDISSEZ EN UTILISANT UN CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS										
		A.	B.	C.								
		JJ	MM	AAAA	ANS	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2					
	NOM ET PRENOMS											
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												

2 Caractéristiques des enfants de moins de 5 ans du ménage

SUJET : TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

REPONANT : LE CHEF DU MENAGE OU LE GARDIEN DE L'ENFANT

CODE ID	(2.01)	(2.02)	(2.03)			(2.04)		(2.05)	(2.06)	
	Veuillez me communiquer le nom des enfants de 0-4 ans vivant dans le ménage INSCRIVEZ ICI LE PRÉNOM ET LE NOM DE FAMILLE	Quel est le sexe de [NOM] ?	Quelle est la date de naissance de [NOM] ?			Quel âge a [NOM] ? (INDIQUEZ AUSSI LE NOMBRE EN ANNEE ET DE MOIS)		La mère de [NOM] vit-elle dans ce ménage?	COPIEZ LE CODE D'IDENTIFICATION DE LA MÈRE	
			SI LE RÉPONDANT NE CONNAIT PAS LE JOUR OU LE MOIS, INSCRIVEZ "98". S'IL NE CONNAIT PAS L'ANNÉE, APPROFONDISSEZ EN UTILISANT UN CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS							
		Masculin	1	A.	B.	C.	AGE			MOIS
		Feminin	2	JJ	MM	AAAA				
	NOM ET PRENOMS							Oui Non ► SVT		
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										

3 Situation économique du ménage : Revenus

SUJET : UNE RÉPONSE GLOBALE PAR MÉNAGE
RÉPONDANT : LE CHEF DU MÉNAGE OU LE MEMBRE DU MÉNAGE LE MIEUX INFORMÉ

(3.01) Y a-t-il dans le ménage quelqu'un qui est couvert par une assurance maladie ?

Oui	1	
Non	2	▶ (3.03)

(3.02) Qui sont ceux qui sont couvert par une assurance maladie (QCM)?

Chef de ménage	<input type="checkbox"/>
Epouse du CM	<input type="checkbox"/>
Enfants du CM	<input type="checkbox"/>
Tous	<input type="checkbox"/>
Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>

(3.03) Au cours des 4 dernières semaines, combien votre ménage a-t-il reçu/gagné de la vente ses produits agricoles ?

FC

(3.04) Au cours des 4 dernières semaines, combien les travailleurs salariés de votre ménage ont-ils reçu/gagné ?

FC

(3.05) Au cours des 4 dernières semaines, combien les travailleurs non-salariés de votre ménage ont-ils reçu/gagné ?

FC

(3.06) Au cours des 4 dernières semaines, combien votre ménage a-t-il reçu des amis ou des membres vivant ailleurs ?

FC

(3.07) Au cours des 4 dernières semaines, combien votre ménage a-t-il reçu des programmes d'assistance sociale ?

FC

3 Situation économique du ménage : Dépenses

(3.08)	Au cours des 30 derniers jours, combien votre ménage a-t-il dépensé pour les articles suivants ?	Montant en FC
1	la nourriture (ration mensuelle)	
2	l'éducation (frais de scolarité, tenues, fournitures, etc.)	
3	la santé (consultation, médicaments, hospitalisation, etc.)	
4	les autres dépenses	
5	Depense TOTALE	

3 Caractéristiques socioéconomiques du ménage : Chocs financiers liés à la santé

(3.09) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des dépenses de santé excédant les moyens financiers acquis par vos revenus habituels?

Oui 1
Non 2

(3.10) Au cours des 12 derniers mois, un membre de votre ménage a-t-il dû vendre des terrains, des bâtiments, du matériel agricole, du bétail, des réserves alimentaires ou d'autres possessions pour faire face à des dépenses de santé ?

APPROFONDISSEZ : Les dépenses de santé comprennent les factures des formations sanitaires, les honoraires des médecins, l'achat des médicaments, les frais de chambre ou de transport pour se rendre dans une formation sanitaire, les frais liés aux soins traditionnels, etc.

Oui 1
Non 2

(3.13)

(3.11)	(3.12)
Avez-vous dû vendre (RIEN) ?	Au total, quelle est la somme que vous avez obtenue ?
OUI 1	
NON 2	
► Bien suivant	MONTANT EN FC
1 Terrain	
2 Bâtiments	
3 Matériel agricole	
4 Céréales	
5 Bétail	
97 Autres possessions	

(3.13) Au cours des 12 derniers mois, un membre de votre Menage a-t-il dû emprunter de l'argent pour couvrir des dépenses de santé ? (Emprunter de l'argent signifie que vous devrez le rembourser au bout d'un certain temps).

OUI 1
NON 2 ► (3.16)

(3.14) Au total, combien avez-vous emprunté pour payer les frais de santé au cours des 12 derniers mois ?

MONTANT EN F C :

(3.15) À la date d'aujourd'hui, combien d'argent devez-vous encore rembourser ?

MONTANT EN F C :

(3.16) Au cours des 12 derniers mois un membre de votre menage a-t-il du utiliser un emprunt fait dans un autre objectif pour les dépenses de santé ?

Oui 1
Non 2 ► (3.19)

(3.17) Au total, combien d'argent d'un autre crédit avez-vous utilisé pour payer des frais de santé au cours des 12 derniers mois ?

MONTANT EN F C :

(3.18) À la date d'aujourd'hui, combien d'argent devez-vous encore rembourser ?

MONTANT EN F C :

(3.19) Au cours des 12 derniers mois, un membre de votre ménage a-t-il reçu de l'argent en cadeau, pour l'aider à payer des soins de santé ? Il peut s'agir d'une aide de votre communauté pour votre ménage afin de l'aider à payer des factures, mais aussi de cadeaux de membres de votre famille qui n'habitent pas dans votre ménage et autres assistances

Oui 1
Non 2 ► (3.21)

(3.20) Estimer en Francs Congolais la valeur de ces assistances reçus pour les frais de soins de santé au cours des 12 derniers mois?

MONTANT EN F C :

(3.21) Au total, combien avez-vous reçu pour payer les frais de santé au cours des 12 derniers mois ?

MONTANT EN F C :

3b Logement

(3.22) D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?

- EAU DU ROBINET
- a. ROBINET DANS LOGEMENT

b. ROBINET DANS COUR/PARCELLE

c. ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE

d. PUIITS À POMPE OU FORAGE
- PUITS CREUSÉ
- e. PUIITS PROTÉGÉ

f. PUIITS NON PROTÉGÉ
- EAU DE SOURCE
- g. SOURCE PROTÉGÉE

h. SOURCE NON PROTÉGÉE
- AUTRES
- i. EAU DE PLUIE

j. CAMION CITERNE

k. CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/TONNEAU

l. EAU DE SURFACE (RIVIÈRES/BARRAGES/

m. LACS/MARES/FLEUVES/CANAU

n. D'IRRIGATION

o. EAU EN BOUTEILLE

p. AUTRE (Precisez.....)

(3.23) Combien de temps faut-il pour s'y rendre, prendre l'eau et revenir ?

- a. DANS LOGEMENT/PARCELLE (0 minutes)

(3.25)
- b. MINUTES (Préciser)
- c. NE SAIT PAS

(3.25)

(3.24) Habituellement, qui va à cette source pour puiser l'eau pour votre ménage?

- a. FEMME ADULTE

b. HOMME ADULTE

c. ENFANT DE SEXE FEMININ (moins de 15 ans)

d. ENFANT DE SEXE MASCULIN (moins de 15 ans)

e. NE SAIT PAS

(3.25) Habituellement, que faites-vous pour rendre l'eau que vous buvez plus saine ?

- a. LA FAIRE BOUILLIR

b. AJOUTER EAU DE JAVEL/CHLORE

c. LA FILTRER À TRAVERS UN LINGE

d. UTILISER UN FILTRE (CÉRAMIQUE/SABLE/COMPOSITE/ ETC.)

e. DÉSINFECTION SOLAIRE

f. LAISSER REPOSER

g. AUTRE

h. NE SAIT PAS

(3.32) Observation seulement: Observez la presence de savon, detergent ou autre produit pour se laver:

- a. SAVON, DÉTERGENT (EN MORCEAU, LIQUIDE, POUDRE, PÂTE)

b. CENDRE, BOUE, SABLE

c. AUCUN

(3.33) Combien des bidons (20 litres) sont utilisée dans votre ménage par jour?

- a. PRECISEZ (Nombre des bidons):

b. NE SAIS PAS

(3.34) Quel est le coût d'une bidon?

- a. RIEN / GRATUIT

b. PRECISEZ (Franc Congolais):

c. NE SAIS PAS

(3.26) Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisents habituellement?

- CHASSE D'EAU/CHASSE MANUELLE/CHASSE D'EAU CONNECTÉE
- a. À UN SYSTÈME D'ÉGOUT

b. À UNE FOSSE SEPTIQUE

c. À UNE FOSSE D'AIANCES

d. À QUELQUE CHOSE D'AUTRE

e. À NE SAIT PAS OÙ
- FOSSE D'AIANCES
- f. FOSSES D'AIANCES AMÉLIORÉE AUTO-AÉRÉE

g. FOSSES D'AIANCES AVEC DALLE

h. FOSSES D'AIANCES SANS DALLE/TROU OUVERT
- AUTRES
- i. TOILETTES À COMPOSTAGE

j. TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES

k. PAS DE TOILETTES/NATURE

l. AUTRE (PRECISEZ)

(3.27) Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?

- a. OUI

b. NON

0.00

(3.28) Combien de ménages utilisent ces toilettes ?

Nombre de MENAGES:

(3.29) La dernière fois que l'enfant le plus jeune est allé aux toilettes, qu'avez vousfait des excréments?

- a. ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES

b. A JETÉ/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES

c. A JETÉ/RINSÉ DANS ÉGOUT OU CANIVEAU

d. JETÉ AUX ORDURES

e. ENTERRÉ

f. LAISSÉ À L'AIR

g. AUTRE (Precisez:.....)

(3.30) “Montrez-moi, s'il vous plait, où les membres du ménage se lavent le plus souvent les mains”

- a. OBSERVÉ

b. NON OBSERVÉ, PAS DANS LOGEMENT/COUR/PARCELLE

c. NON OBSERVÉ, PAS DE PERMISSION POUR VÉRIFIER

d. NON OBSERVÉ, AUTRE RAISON

(3.33)

(3.33)

(3.33)

(3.31) Observation seulement: Observez la disponibilite d'eau a l'endroit ou les membres du ménage se lavent les mains

- a. EAU DISPONIBLE

b. EAU NON DISPONIBLE

4 Biens du ménage

SUJET : UNE RÉPONSE GLOBALE PAR MÉNAGE
RÉPONDANT : LE CHEF DU MÉNAGE OU LE MEMBRE DU MÉNAGE LE MIEUX INFORMÉ

Partie A : Biens durables

CODE DES BIENS DURABLES	BIEN DURABLE	(4.01)	(4.02)
		Combien de [BIENS DURABLE]s votre ménage possède-t-il ?	Si vous étiez en mesure de vendre votre [BIEN DURABLE] aujourd'hui, combien d'argent pourriez-vous en tirer ?
		N'INSCRIVEZ QUE LES BIENS QUI FONCTIONNENT	S'IL Y EN A PLUS D'UN, DEMANDEZ LA VALEUR TOTALE DE TOUS LES ARTICLES
		SI CE N'EST PAS LE CAS, INSCRIVEZ ZÉRO PUIS ► BIEN DURABLE SUIVANT	
		NOMBRE	FC
01	Radio		
02	Lecteur CD/DVD/Lecteur de cassette		
03	Téléviseur		
04	Fer à repasser		
05	Fourneau électrique		
06	Lampe à pétrole / Pile		
07	Lit/matelas		
08	Moustiquaires		
09	Réfrigérateur/congélateur		
10	Machine à coudre		
11	Canapé/divan		
12	Téléphone portable		
13	Téléphone fixe		
14	Moto		
15	Bicyclette		
16	Camionnette ou voiture		
17	Brouette/pousse-pousse		
18	Charrue		
19	Charrette		
20	Houes/herses/haches		
21	Groupe électrogène/		
22	Panneau solaire		
23	Batterie		
24	Foyer amélioré / Four		
25	Ordinateur		
26	Cuisinière		
27	Rechaud à pétrole		
28	Pirogue		
29	Hors bord		
30	Machine à laver		
31	Table à manger		
32	Autres, spécifiez		

Partie B : Biens immobiliers

(4.03) Votre ménage est-il propriétaire d'une parcelle sur laquelle cette habitation est construite (possession signifie que vous pouvez par exemple le vendre et en tirer de l'argent) ?
OUI 1
NON 2 ► (4.05) | |

(4.04) Quelle est la superficie de cette parcelle ?
UNITÉ DE SURFACE : SUPERFICIE | | | | | UNITÉ DE SURFACE : | | |
MÈTRE CARRÉ 1
HECTARE 2

(4.05) Sans tenir compte de cette résidence, votre ménage possède-t-il du terrain/champ ?
OUI 1
NON 2 ► (4.07) | |

(4.06) Quelle est la superficie de cet(s) autre(s) terrain(s)/champ que possède votre ménage ?
UNITÉ DE SURFACE : SUPERFICIE | | | | | | | | UNITÉ DE SURFACE :
MÈTRE CARRÉ 1
HECTARE 2

Partie C : Elevage

CODE DES ANIMAUX	ANIMAL	(4.07)				
		Combien de [ANIMAUX] votre ménage possède-t-il ?				
		SI PAS DE [ANIMAL], INSCRIVEZ ZÉRO PUIS ► ANIMAL SUIVANT				
		NOMBRE				
01	Chèvre					
02	Mouton					
03	Porc					
04	Volaille					
05	Boeufs					
06	Autres, specifiez:					

5 Services de santé

SUJET : UNE RÉPONSE GLOBALE PAR MÉNAGE

RÉPONDANT : LE CHEF DU MÉNAGE OU LE MEMBRE DU MÉNAGE LE MIEUX INFORMÉ

- (5.01) Quelle est la formation sanitaire (hôpital, Centre de Santé, Poste de santé) la plus proche de votre ménage ?
- Nom de la formation sanitaire

Code

(5.02)	Quelle appréciation faites-vous des aspects suivants de cette formation sanitaire ?	Très bon	1
		Bon	2
		Passable	3
		Mauvais	4
		Très mauvais	5
	Les heures d'ouverture/fermeture de la formation sanitaire		
(5.03)	Dans cette formation sanitaire, comment appréciez-vous l'attitude du personnel traitant en ce qui concerne	Très bon	1
		Bon	2
		Passable	3
		Mauvais	4
		Très mauvais	5
	L'accueil réservé aux patients		
(5.04)	Dans cette formation sanitaire, comment appréciez-vous l'attitude du personnel traitant en ce qui concerne	Tres Acceptable	1
		Acceptable	2
		Moyenne	3
		Moins acceptable	4
		Pas du tout accepta	5
	Les coûts de services et autres actes		

(5.03)	Dans cette formation sanitaire, comment appréciez-vous l'attitude du personnel traitant en ce qui concerne	Très bon	1
		Bon	2
		Passable	3
		Mauvais	4
		Très mauvais	5
	L'accueil réservé aux patients		
(5.04)	Dans cette formation sanitaire, comment appréciez-vous l'attitude du personnel traitant en ce qui concerne	Tres Acceptable	1
		Acceptable	2
		Moyenne	3
		Moins acceptable	4
		Pas du tout accepta	5
	Les coûts de services et autres actes		

(5.04)	Dans cette formation sanitaire, comment appréciez-vous l'attitude du personnel traitant en ce qui concerne	Tres Acceptable	1
		Acceptable	2
		Moyenne	3
		Moins acceptable	4
		Pas du tout accepta	5
	Les coûts de services et autres actes		
(5.04)	Les coûts des médicaments		
	La distance pour se rendre à la formation sanitaire		

- (5.05) Quelle formation sanitaire (hôpital, centre de santé, etc.) fréquentez-vous le plus souvent ?

Nom de la formation sanitaire

Code

SI LA FOSA EST LA MEME QUE CELLE LA PLUS PROCHE, ALLER AU MODULE SUIVANT

- (5.06) Quel est le type de cette formation sanitaire ?

Hôpital 1
Centre de Santé 2
Poste de santé 3

- (5.07) Quel est le statut de cette formation sanitaire ?

Public 1
Privé 2

(5.08)	Quelle appréciation faites-vous des aspects suivants de cette formation sanitaire ?	Très bon	1
		Bon	2
		Passable	3
		Mauvais	4
		Très mauvais	5
	Les horaires d'ouverture de la formation sanitaire		

(5.08)	Quelle appréciation faites-vous des aspects suivants de cette formation sanitaire ?	Très bon	1
		Bon	2
		Passable	3
		Mauvais	4
		Très mauvais	5
	Les horaires d'ouverture de la formation sanitaire		
(5.09)	Dans cette formation sanitaire, comment appréciez-vous l'attitude du personnel traitant en ce qui concerne	Très bon	1
		Bon	2
		Passable	3
		Mauvais	4
		Très mauvais	5
	L'accueil réservé aux patients		

(5.09)	Dans cette formation sanitaire, comment appréciez-vous l'attitude du personnel traitant en ce qui concerne	Très bon	1
		Bon	2
		Passable	3
		Mauvais	4
		Très mauvais	5
	L'accueil réservé aux patients		
(5.10)	Dans cette formation sanitaire, comment appréciez-vous l'attitude du personnel traitant en ce qui concerne	Tres Acceptable	1
		Acceptable	2
		Moyenne	3
		Moins acceptable	4
		Pas du tout acceptable	5
	Les coûts de services et autres actes		

(5.09)	Dans cette formation sanitaire, comment appréciez-vous l'attitude du personnel traitant en ce qui concerne	Très bon	1
		Bon	2
		Passable	3
		Mauvais	4
		Très mauvais	5
	L'accueil réservé aux patients		
(5.10)	Dans cette formation sanitaire, comment appréciez-vous l'attitude du personnel traitant en ce qui concerne	Tres Acceptable	1
		Acceptable	2
		Moyenne	3
		Moins acceptable	4
		Pas du tout acceptable	5
	Les coûts de services et autres actes		

(5.10)	Dans cette formation sanitaire, comment appréciez-vous l'attitude du personnel traitant en ce qui concerne	Tres Acceptable	1
		Acceptable	2
		Moyenne	3
		Moins acceptable	4
		Pas du tout acceptable	5
	Les coûts de services et autres actes		
(5.10)	Les coûts des médicaments		
	La distance pour se rendre à la formation sanitaire		

18 Informations sur les contacts

RÉPONDANT : LE CHEF DE MÉNAGE OU LE MEMBRE DU MÉNAGE LE MIEUX INFORMÉ

(18.01)	Êtes-vous disposé à communiquer avec nous dans le futur en cas de besoin?	
		OUI 1
		NON 2
(18.02)	Disposez-vous d'un contact téléphonique à partir duquel nous pourrions vous contacter? enquêteur: Si oui veuillez demander le numero de téléphone	OUI 1
		Inscrivez numéro de tel: ► Fin
		NON ► (18.03)

(18.03)		
Pouvez-vous me communiquer le nom d'un ou des membres de votre ménage qui ont un portable, afin que nous puissions vous contacter si cela s'avérerait nécessaire ? INSCRIVEZ LE CODE D'IDENTIFICATION ET LE NOM		
	NOM	CODE ID
1		NUMÉRO DE PORTABLE
2		
3		
4		
5		
6		

CODES DE LIENS DE PARENTÉ

PARENT	1
AMI	2
VOISIN	3

REMERCIEZ LES MEMBRES DU MÉNAGE (VOTRE MANUEL VOUS INDIQUE COMMENT VOUS DEVEZ CONCLURE)

DÉCRIVEZ EN DÉTAIL COMMENT TROUVER CE MÉNAGE, EN COMMENÇANT PAR UN REPÈRE FACILEMENT IDENTIFIABLE.



CODES SYMPTÔME	SYMPTÔME DES MALADIE
1	Abcès
2	Anémie
3	Bouche fermée, crispée
4	Boutons
5	Boutons sur tout le corps
6	Constipation
7	Convulsions
8	Corps chaud
9	Corps enflé (œdème général)
10	Coup rejeté en arrière
11	Démangeaisons (prurit)
12	Déshydratation
13	Diarrhée aigue
14	Diarrhée chronique
15	Difficultés à respirer (dyspnée)
16	Douleur au moment des selles
17	Douleur en urinant
18	Douleurs du bas ventre (douleurs pelviennes)
19	Ecoulement urétral chez l'homme
20	Evanouissement
21	Faiblesse
22	Fatigue (asthénie)
23	Fièvre
24	Fièvre intermittente
25	Fièvre très forte
26	Fissure anale
27	Frisson
28	Hémorroïdes
29	Hoquet
30	Jambe, pied enflée (œdème du pied, de la jambe)
31	Jaunisse (ictère)
32	Mal à la bouche
33	Mal à la gorge
34	Mal à la tête (céphalée)
35	Mal à l'oreille
36	Mal au foie
37	Mal au rein
38	Mal au ventre
39	Mal aux côtes
40	Mal aux dents
41	Mal aux os et/ou articulations
42	Mal aux yeux
43	Mal au cœur (différent de nausée!)
44	Mal de dos
45	Manque ou perte d'appétit
46	Ne jouait plus
47	Ne tétait plus
48	Nez bouché
49	Nez qui coule
50	Palpitation du cœur
51	Perte de poids
52	Pertes vaginales blanches de la femme
53	Plaie aiguë
54	Plaie chronique
55	Plaies sur les organes génitaux de l'homme ou de la femme
56	Raideur de la nuque/cou
57	Règles douloureuses
58	Respiration bruyante
59	Respiration rapide
60	Saignement vaginal
61	Sang dans les crachats (hémoptysie)
62	Sang dans les selles
63	Sang dans les urines (hématurie)
64	Sensation de chaleur
65	Sensation de froid
66	Toux
67	Toux grasse
68	Toux sèche
69	Transpiration

70	Troubles de la vision (difficultés pour voir)
71	Troubles mentaux
72	Vertiges
73	Visage enflé (œdème du visage)
74	Vomissements
75	Yeux jaunes
76	Yeux larmoyants
77	Yeux rouges
78	Autres symptômes
79	Douleur ou pression au milieu de la poitrine
80	Inconfort dans la poitrine
81	Douleur irradiant dans les épaules, le cou et les bras
82	Engourdissement soudain du visage, des bras ou des jambes, en particulier d'un côté du corps
83	Confusion soudaine
84	Trouble soudain de la parole
85	Propos soudainement incohérents
86	Perte soudaine de l'équilibre
87	Trouble soudain de la coordination des mouvements
88	Paralysie
89	Maux de tête soudains
90	Insomnie
91	Sueurs
92	Nausée
93	Courbatures (myalgies)
95	Envie fréquente d'uriner
96	Urines foncées
98	Soif intense