



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



ENQUETE DE BASE POUR L'ÉVALUATION D'IMPACT DU PDSS

2015

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX FORMATIONS SANITAIRES
F5 : ENTREVUE EN SORTIE DE CONSULTATION PRÉNATALES (CPN)

SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Province :	<input type="text"/>	District :	<input type="text"/>
Zone de Santé (ZS)	<input type="text"/>	Aire de santé	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Nom de Fosa	<input type="text"/>

Village / Quartier :	<input type="text"/>	Type de la Formation sanitaire:	Hôpital 01	<input type="checkbox"/>
			Centre de santé 02	<input type="checkbox"/>

Statut de FOSA	<input type="checkbox"/>	Public	1	Categorie de Centre de santé:	PMAS	1
	<input type="checkbox"/>	Privé à but lucratif	2		PMAE	2
	<input type="checkbox"/>	Privé à but non-lucratif	3			
	<input type="checkbox"/>	Confessionnel	4			
	<input type="checkbox"/>	Parapublic (Etat-confessionnel, Etat-Privé)	5			

COORDONNEES GPS DE LA FORMATION SANITAIRE

LATITUDE (NORD):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LONGITUDE (EST):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MILIEU DE RESIDENCE	Urbain	1	<input type="checkbox"/>	Rural	3	<input type="checkbox"/>	

VISITES DES FORMATIONS SANITAIRES

NOM/PRENOM DE L'ENQUÊTEUR:	<input type="text"/>	CODE ENQUÊTEUR:	<input type="text"/>						
Date Visite	<table border="1"> <tr> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	JOUR	MOIS	ANNÉE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
JOUR	MOIS	ANNÉE							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							

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

ENQUÊTEUR : Bonjour/Bonsoir ! Je m'appelle _____, je travaille pour Médecins d'Afrique (MDA). Le Ministère de la santé publique nous a demandé de mener une étude sur les formations sanitaires dans la province (du)de l'..... . Aujourd'hui, nous allons nous entretenir avec le personnel de la formation sanitaire . Nous voulons déterminer le niveau général et la qualité des prestations de service dans les formations sanitaires dans la province (du)de l'..... 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 cette province . Acceptez-vous prendre part à l'enquête aujourd'hui ?

OUI	1	<input type="checkbox"/>
NON	2	<input type="checkbox"/>

(1) Identification		NOTER LES RÉPONSES	
Je vais commencer l'entrevue en vous posant quelques questions sur vous-même.			
(1.00)	NUMERO DE SUIVI DE LA PATIENTE (Ce numéro doit correspondre à celui attribué ou renseigné au niveau de F3)	_ _ _ _ _	
(1.01)	Pouvez-vous me donner votre âge ?	ANNÉES (RÉVOLUES)	_ _
(1.02)	Savez-vous lire et écrire ?	OUI 1	_
		NON 2	
(1.03)	Quel est votre niveau d'études le plus élevé ?	Aucun 1	_
		Primaire 2	
		cycle d'orientation (1 ere et 2 eme année) 3	
		humanités (3 eme,4eme,5eme et 6 eme année) 4	
		Supérieur et plus 5	
(1.04)	Quelle est la classe la plus élevée achevée dans ce niveau?	1 ere primaire 1	_ _
		2 eme primaire 2	
		3 eme primaire 3	
		4eme primaire 4	
		5eme primaire 5	
		6 eme primaire 6	
		1ere CO 7	
		2 eme CO 8	
		3 eme des humanités 9	
		4 eme des humanités 10	
		5 eme des humanités 11	
		6 eme des humanités 12	
		1er graduat 13	
2 eme graduat 14			
3 eme graduat 15			
licence et plus 16			
(1.05)	Quel est votre statut matrimonial ?	Célibataire 1	_
		Mariés(Civil, coutumier, religieux) 2	
		Union libre (statut matrimonial non lég 3	
		Veuve 4	
		Divorcée/ séparée 5	
(1.06)	Quel est le niveau d'études le plus élevé de votre conjoint?	Aucun 1	_
		Primaire 2	
		cycle d'orientation (1 ere et 2 eme année) 3	
		humanités (3 eme,4eme,5eme et 6 eme année) 4	
		Supérieur et plus 5	
		Ne sais pas 6	

(2)	Traitement et conseil	NOTER LES RÉPONSES									
(2.01)	Pendant cette visite à la formation sanitaire, combien d'agents de santé vous ont-ils administré des soins ?	<input type="text"/>									
(2.02)	Ceux-ci peuvent être des docteurs, des infirmiers, des techniciens de laboratoire, des sage-femmes etc. qui ont directement pris soin de vous ou vous ont donné des conseils ou des médicaments. Quel est le nom/ titre du (premier) personnel de santé qui a pris soin de vous ?	Ecrivez ici le nom ou titre du 1er personnel de santé									
(2.03)	SAISIR LE CODE D'IDENTIFICATION DE L'AGENT DE SANTÉ OBTENU À PARTIR DE LA LISTE DU PERSONNEL DE LA FORMATION SANITAIRE (Questionnaire F1)	<input type="text"/>									
	VÉRIFIER SI LA PATIENTE A VU PLUS D'UN AGENT DE SANTÉ	SI LA PATIENTE A VU PLUS D'UN AGENT DE SANTE, DEMANDER LES NOMS DE TOUS CEUX QU'ELLE A VU. SI ELLE N'EN A VU QU'UN PASSEZ A ▶ 2.10									
(2.04)	Quel est le nom/ titre du deuxième personnel de santé qui a pris soin de vous ?	Ecrivez ici le nom ou titre du 2ème personnel de santé									
(2.05)	SAISIR LE CODE D'IDENTIFICATION DE L'AGENT DE SANTÉ OBTENU À PARTIR DE LA LISTE DU PERSONNEL DE LA FORMATION SANITAIRE	<input type="text"/>									
(2.06)	Quel est le nom/ titre du troisième personnel de santé qui a pris soin de vous ?	Ecrivez ici le nom ou titre du 3ème personnel de santé									
(2.07)	SAISIR LE CODE D'IDENTIFICATION DE L'AGENT DE SANTÉ OBTENU À PARTIR DE LA LISTE DU PERSONNEL DE LA FORMATION SANITAIRE	<input type="text"/>									
(2.08)	Quel est le nom/ titre du 4ème personnel de santé qui a pris soin de vous ?	Ecrivez ici le nom ou titre du 4ème personnel de santé									
(2.09)	SAISIR LE CODE D'IDENTIFICATION DE L'AGENT DE SANTÉ OBTENU À PARTIR DE LA LISTE DU PERSONNEL DE LA FORMATION SANITAIRE	<input type="text"/>									
(2.10)	Avez-vous apporté un carnet de visite prénatale ou une carte de vaccination aujourd'hui ? SI OUI : DEMANDER À VOIR LA CARTE/LE CARNET.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Oui, l'enquêteur a vu la carte, le carnet</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td rowspan="4" style="vertical-align: middle;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Oui, l'enquêteur n'a pas vu la carte, le carnet</td> <td style="text-align: right;">2 ▶ (2.15)</td> </tr> <tr> <td>Non, la patiente n'a pas de carte, de carnet</td> <td style="text-align: right;">3 ▶ (2.15)</td> </tr> <tr> <td>Non, la carte/le carnet est dans la formation sanitaire</td> <td style="text-align: right;">4 ▶ (2.15)</td> </tr> </table>	Oui, l'enquêteur a vu la carte, le carnet	1	<input type="text"/>	Oui, l'enquêteur n'a pas vu la carte, le carnet	2 ▶ (2.15)	Non, la patiente n'a pas de carte, de carnet	3 ▶ (2.15)	Non, la carte/le carnet est dans la formation sanitaire	4 ▶ (2.15)
Oui, l'enquêteur a vu la carte, le carnet	1	<input type="text"/>									
Oui, l'enquêteur n'a pas vu la carte, le carnet	2 ▶ (2.15)										
Non, la patiente n'a pas de carte, de carnet	3 ▶ (2.15)										
Non, la carte/le carnet est dans la formation sanitaire	4 ▶ (2.15)										
(2.11)	VÉRIFIEZ LE CARNET DE VISITE PRÉNATALE OU LA CARTE DE VACCINATION. INDIQUEZ S'IL Y A UNE REMARQUE OU UNE TRACE INDIQUANT QUE LA CLIENTE A REÇU L'ANATOXINE TÉTANIQUE (VAT).	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>OUI, 1 FOIS</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>OUI, 2 FOIS OU PLUS</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> </table>	OUI, 1 FOIS	1	<input type="text"/>	OUI, 2 FOIS OU PLUS	2	NON	3		
OUI, 1 FOIS	1	<input type="text"/>									
OUI, 2 FOIS OU PLUS	2										
NON	3										
(2.12)	LA PATIENTE EN EST A COMBIEN DE SEMAINES DE GROSSESSE, SELON LES INDICATIONS CONTENUES DANS LE CARNET DE VISITE PRÉNATALE ? INDIQUER LA HAUTEUR UTERINE	HAUTEUR UTERINE EN CENTIMETRE <input type="text"/>									
(2.13)	LE CARNET INDIQUE T-IL QUE LA CLIENTE À REÇU UN SULFADOXINE PYRIMETAMINE/FANSIDAR CONTRE LE PALUDISME ?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>OUI, 1er DOSE</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>OUI, 2eme DOSES</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> </table>	OUI, 1er DOSE	1	<input type="text"/>	OUI, 2eme DOSES	2	NON	3		
OUI, 1er DOSE	1	<input type="text"/>									
OUI, 2eme DOSES	2										
NON	3										
(2.14)	LE CARNET/LA CARTE MENTIONNE-T-IL LE GROUPE SANGUIN DE LA GESTANTE ?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>OUI</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>	OUI	1	<input type="text"/>	NON	2				
OUI	1	<input type="text"/>									
NON	2										
(2.15)	Depuis combien de temps êtes-vous enceinte ? (NOTEZ LES SEMAINES)	<input type="text"/>									

(2.16)	Est-ce votre première grossesse ?	OUI	1	□
		NON	2	
(2.17)	Est-ce votre première visite prénatale dans cette formation sanitaire pour cette grossesse ?	OUI	1 ► (2.19)	□
		NON	2	
(2.18)	En plus de cette visite, combien de visites de soins prénatals avez-vous effectuées pour cette grossesse dans cette formation sanitaire ?			□
(2.19)	Combien de visites prénatales avez-vous effectuées pour cette grossesse en dehors de cette formation sanitaire ?			□
(2.20)	Avez-vous été pesée pendant cette visite ?	OUI	1	□
		NON	2	
(2.21)	A-t-on pris votre taille pendant cette visite ?	OUI	1	□
		NON	2	
(2.22)	Pendant cette visite, un agent a-t-il pris votre tension artérielle ? EXPLIQUER : La prise de la tension artérielle se fait lorsqu'un agent vous attache une étoffe autour du bras au-dessus du coude et vous sentez une pression s'exercer sur votre bras, laquelle pression diminue après quelque temps.	OUI	1	□
		NON	2	
(2.23)	Avez-vous donné un échantillon de votre urine pendant cette visite ? EXPLIQUER : Quelqu'un vous a demandé de recueillir votre urine dans une petite bouteille ou boîte pour des examens médicaux ?	OUI	1	□
		NON	2	
(2.24)	Pendant cette visite, avez-vous donné un échantillon de votre sang ? EXPLIQUER : Quelqu'un a-t-il piqué votre doigt ou votre bras avec une aiguille pour recueillir le sang pour des examens médicaux ?	OUI	1	□
		NON	2	
(2.25)	Avez-vous programmé votre accouchement dans la formation sanitaire pendant cette visite ?	OUI	1	□
		NON	2	
(2.26)	L'agent a-t-il palpé votre ventre pendant cette visite ? EXPLIQUEZ : L'agent de santé vous a-t-il fait coucher sur une table ou un lit pour toucher votre ventre ?	OUI	1	□
		NON	2	
(2.27)	L'agent de santé a-t-il estimé la date d'accouchement pendant cette visite ?	OUI	1	□
		NON	2	
(2.28)	A-t-on mesuré la taille de votre utérus pendant cette visite ? EXPLIQUER : Le personnel de santé prend la taille de votre utérus en mesurant votre ventre à l'aide d'un mètre ruban.	OUI	1	□
		NON	2	
(2.29)	Un agent de santé a-t-il demandé quel est votre groupe sanguin pendant cette visite ?	OUI	1	□
		NON	2	
(2.30)	Pendant cette visite, un agent de santé vous a-t-il donné des conseils relatifs à votre régime Alimentaire (ce qu'il faut manger et boire) pendant cette grossesse ?	OUI	1	□
		NON	2 ► (2.33)	

(2.31)	Qu'est-ce que l'agent de santé vous a conseillé de manger pendant cette grossesse ? N'ÉNUMÉREZ PAS DES RÉPONSES, MAIS POUR CHAQUE OPTION, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ. VOUS POUVEZ FAIRE L'ENQUÊTE SANS UTILISER LES RÉPONSES SPÉCIFIQUES (EX. « AUTRE CHOSE ? »)	a. LÉGUMES		<input type="checkbox"/>
		b. LAIT		<input type="checkbox"/>
		c. VIANDE		<input type="checkbox"/>
		d. FRUITS ET NOIX		<input type="checkbox"/>
		e. POISSON		<input type="checkbox"/>
		F. Autre Spécifiez		
(2.32)	Qu'est-ce que l'agent de santé vous a interdit de manger pendant cette grossesse ? N'ÉNUMÉREZ PAS DES RÉPONSES, MAIS POUR CHAQUE OPTION, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ. VOUS POUVEZ FAIRE L'ENQUÊTE SANS UTILISER LES RÉPONSES SPÉCIFIQUES (EX. « AUTRE CHOSE ? »)	a. ALIMENT ÉPICE		<input type="checkbox"/>
		b. ALCOOL		<input type="checkbox"/>
		c. CIGARETTE		<input type="checkbox"/>
		d. ALIMENT TROP SUCRE		<input type="checkbox"/>
		e. ALIMENT TROP SALE		<input type="checkbox"/>
		f. ALIMENT TROP GRAS		
		g. ALIMENT TROP ACIDE		
		h. Autre Spécifiez		
(2.33)	Pendant cette visite, un agent de santé vous a-t-il donné des comprimés de fer, d'acide folique ou du fer contenant l'acide folique, ou vous les a-t-il prescrit ? MONTREZ AU PATIENT UN COMPRIMÉ DE COMPLÉMENT EN FER, UN COMPRIMÉ D'ACIDE FOLIQUE OU UN COMPRIMÉ COMBINÉ.	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2 ► (2.35)	
(2.34)	DEMANDEZ À VOIR LE FER/L'ACIDE FOLIQUE/LE FER CONTENANT L'ACIDE FOLIQUE OU UNE PRESCRIPTION DU PATIENT.	J'AI VU LES COMPRIMÉS	1	<input type="checkbox"/>
		J'AI VU L'ORDONNANCE	2	
		AUCUN COMPRIMÉ OU ORDONNANCE	3	
(2.35)	Pendant cette visite ou les visites précédentes, un agent de santé vous a-t-il parlé des effets secondaires des comprimés de fer ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2 ► (2.37)	
(2.36)	Donnez-moi un effet secondaire des comprimés de fer que vous connaissez. N'ÉNUMÉREZ PAS DES RÉPONSES, MAIS POUR CHAQUE OPTION, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ. VOUS POUVEZ FAIRE L'ENQUÊTE SANS UTILISER LES RÉPONSES SPÉCIFIQUES (EX. « AUTRE CHOSE ? »)	a. NAUSÉE		<input type="checkbox"/>
		b. SELLES NOIRES		<input type="checkbox"/>
		c. CONSTIPATION		<input type="checkbox"/>
		d. AUTRE		<input type="checkbox"/>
(2.37)	Pendant cette visite, un agent de santé vous a-t-il donné ou prescrit des médicaments pour la prévention du paludisme ? MONTRER LES COMPRIMÉS DE FANSIDAR AUX PATIENTS.	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2 ► (2.39)	
(2.38)	DEMANDER À VOIR LES MÉDICAMENTS ANTIPALUDIQUES OU L'ORDONNANCE.	J'AI VU LES COMPRIMÉS	1	<input type="checkbox"/>
		J'AI VU L'ORDONNANCE	2	
		AUCUN COMPRIMÉ OU ORDONNANCE	3	
(2.39)	Avez-vous une moustiquaire imprégnée, c'est-à-dire une moustiquaire qui a été traitée avec un insecticide pour vous protéger contre les piqûres de moustiques ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2 ► (2.41)	
(2.40)	Avez-vous dormi la nuit dernière sous une moustiquaire imprégnée ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2	
(2.41)	Pendant cette visite ou d'autres visites antérieures, avez-vous reçu une moustiquaire imprégnée gratuitement ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2	
(2.42)	Pendant cette visite ou d'autres visites antérieures, un agent de santé s'est-il proposé de vous vendre une moustiquaire imprégnée?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2	
(2.43)	Pendant cette visite ou d'autres visites antérieures, un agent de santé vous a-t-il demandé si vous avez déjà reçu une injection de vaccin antitétanique (VAT)?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2	
(2.44)	Avez-vous déjà reçu une injection d'anatoxine tétanique, y compris celle que vous pourriez avoir reçue aujourd'hui ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2 ► (2.46)	

(2.45)	Combien de fois au total dans votre vie avez-vous reçu une injection de vaccin antitétanique ? (VOUS POUVEZ AVOIR PRIS CETTE INJECTION SOIT DANS CE CENTRE SOIT AILLEURS.)		<input type="checkbox"/>	
(2.46)	Pendant cette visite ou les visites précédentes, un agent vous a-t-il parlé des signes de complication (signes alarmants) qui devraient vous alerter pendant la grossesse?	Oui, pendant cette visite	1	<input type="checkbox"/>
		Oui, pendant les précédentes visites	2	
		Non	3 ► (2.49)	
(2.47)	Donnez-moi des signes de complication (signes alarmants) pendant la grossesse que vous connaissez. N'ÉNUMÉREZ PAS DES RÉPONSES, MAIS POUR CHAQUE OPTION, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ. VOUS POUVEZ FAIRE L'ENQUÊTE SANS UTILISER LES RÉPONSES SPÉCIFIQUES (EX. « AUTRE CHOSE ? »)	a. SAIGNEMENTS VAGINAUX		<input type="checkbox"/>
		b. FIÈVRE		<input type="checkbox"/>
		c. GONFLEMENT DU VISAGE, DES MAINS OU DES JAMBES		<input type="checkbox"/>
		d. FATIGUE OU ESSOUFFLEMENT		<input type="checkbox"/>
		e. VIOLENT MAUX DE TÊTE		<input type="checkbox"/>
		f. VISION TROUBLE		<input type="checkbox"/>
		g. CONVULSIONS		<input type="checkbox"/>
		h. ÉTOURDISSEMENT/VERTIGE/VOILE NOIR		<input type="checkbox"/>
		i. VIOLENT MAL AU BAS-VENTRE		<input type="checkbox"/>
		j. LE FOETUS CESSE DE BOUGER OU SES MOUVEMENTS SONT LIMITÉS		<input type="checkbox"/>
		k. LA POCHE DES EAUX EST ROMPUE OU COULE		<input type="checkbox"/>
		l. DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE		<input type="checkbox"/>
		m. DOULEUR MICTIONNELLE		<input type="checkbox"/>
n. AUTRE A PRÉCISER		<input type="checkbox"/>		
(2.48)	Qu'est-ce que le personnel de santé vous a conseillé de faire si vous constatez un de ces signes alarmants pendant la grossesse ? N'ÉNUMÉREZ PAS DES RÉPONSES, MAIS POUR CHAQUE OPTION, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ. VOUS POUVEZ FAIRE L'ENQUÊTE SANS UTILISER LES RÉPONSES SPÉCIFIQUES (EX. « AUTRE CHOSE ? »)	a. DEMANDER DES SOINS DANS LA FORMATION SANITAIRE		<input type="checkbox"/>
		b. ACTIVITÉ PHYSIQUE RÉDUITE		<input type="checkbox"/>
		c. CHANGER LE RÉGIME ALIMENTAIRE		<input type="checkbox"/>
		d. AUTRE		<input type="checkbox"/>
		Spécifiez		
(2.49)	Un personnel de santé vous a-t-il parlé du recours au planning familial après la naissance de votre bébé pendant cette visite ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2 ► (3.01)	
(2.50)	Le personnel de santé vous a-t-il parlé d'une méthode spécifique de planning familial pendant cette visite ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2 ► (3.01)	
(2.51)	De quelles méthodes de planning familial vous a parlé le personnel de santé ? N'ÉNUMÉREZ PAS DES RÉPONSES, MAIS POUR CHAQUE OPTION, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ. VOUS POUVEZ FAIRE L'ENQUÊTE SANS UTILISER LES RÉPONSES SPÉCIFIQUES (EX. « AUTRE CHOSE ? »)	a. STÉRILISATION FÉMININE		<input type="checkbox"/>
		b. PILULE CONTRACEPTIVE		<input type="checkbox"/>
		c. DISPOSITIF INTRA UTÉRIN (DIU)		<input type="checkbox"/>
		d. CONTRACEPTIFS INJECTABLES		<input type="checkbox"/>
		e. IMPLANTS		<input type="checkbox"/>
		f. PRÉSERVATIFS MASCULINS		<input type="checkbox"/>
		g. PRÉSERVATIFS FÉMININS		<input type="checkbox"/>
		h. DIAPHRAGME		<input type="checkbox"/>
		i. MOUSSE / GÉLATINE		<input type="checkbox"/>
		j. AMÉNORRHÉE DUE À LA LACTATION		<input type="checkbox"/>
		k. ABSTINENCE PÉRIODIQUE		<input type="checkbox"/>
		l. COIT INTERROMPU		<input type="checkbox"/>
		m. AUTRE		<input type="checkbox"/>

(3) Transport et dépenses de la gestante		NOTER LES RÉPONSES
(3.01)	À quelle distance de votre maison se situe la formation sanitaire ? NOTEZ 0 SI MOINS D'1 KM	KILOMETRES _ _ _
(3.02)	Combien de temps vous a-t-il fallu pour arriver ici partant de votre maison, <u>aller simple</u> en minutes ?	MINUTES _ _ _
(3.03)	Quel était votre principal mode de transport aujourd'hui ? (<u>aller simple</u>)	A pieds 1 ► (3.05)
		Vélo personnel 2 ► (3.05)
		Voiture personnelle 3 ► (3.05)
		Moto personnelle 4 ► (3.05)
		Transport collectif (bus, vélo, moto, taxi) 5
		Autre 7
(3.04)	Combien vous a coûté en Frs Congolais, pour un aller simple, votre déplacement pour la formation sanitaire aujourd'hui ?	Frs Congolais _ _ _ _
(3.05)	Pendant combien de temps avez-vous attendu dans la formation sanitaire avant d'être reçu par le personnel de santé ?	MINUTES _ _ _
(3.06)	Combien de temps avez-vous passé avec l'Agent de santé pendant la consultation ?	MINUTES _ _
(3.07)	Pensez-vous que la durée d'attente était trop longue ?	OUI 1
		NON 2
(3.08)	Comment payez-vous les frais liés au CPN dans cette FOSA?	Plusieurs étapes 1
		Globalement 2 ► (3.19)
(3.09)	Avez-vous payé des frais de consultation?	OUI 1
		NON 2 ► (3.11)
(3.10)	Combien avez-vous payé pour cela en Frs Congolais?	Frs Congolais _ _ _ _
(3.11)	A part les frais de consultation, l'agent de santé vous a-t-il demandé de l'argent en plus?	OUI 1
		NON 2 ► (3.13)
(3.12)	Combien avez-vous donné pour cela en Frs Congolais?	Frs Congolais _ _ _ _
(3.13)	Avez-vous fait un examen de laboratoire ?	OUI 1
		NON 2 ► (3.15)
(3.14)	Combien avez-vous payé en Frs Congolais pour ce service ?	Frs Congolais _ _ _ _
(3.15)	Avez-vous effectué une échographie ?	OUI 1
		NON 2 ► (3.17)
(3.16)	Combien aviez-vous payé en Frs Congolais pour ce service ?	Frs Congolais _ _ _ _

(3.17)	Avez-vous reçu des médicaments ?	OUI	1	_
		NON	2 ► (3.19)	
(3.18)	Combien avez-vous payé en Frs Congolais pour ces médicaments ?	Frs Congolais		_ _ _ _
(3.19)	Combien avez-vous dépensé au total en Frs Congolais dans la formation sanitaire pour cette visite, sans compter les frais de transport ?	Frs Congolais	SI ZÉRO ► (3.21)	_ _ _ _
(3.20)	D'où provient l'argent utilisé pour payer les soins de santé aujourd'hui ? N'ÉNUMÉREZ PAS LES RÉPONSES, MAIS POUR CHAQUE OPTION, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ. VOUS POUVEZ FAIRE L'ENQUÊTE SANS UTILISER LES RÉPONSES SPÉCIFIQUES (EX. « AUTRE CHOSE ? »)	a. ÉPARGNE OU BUDGET RÉGULIER DU MENAGE		_
		b. ASSURANCE MALADIE		_
		c. VENTE DES BIENS DU MENAGE		_
		d. EMPRUNT/CREDIT		_
		e. D'UN AMI OU D'UNE CONNAISSANCE		_
		f. DE QUELQU'UN D'AUTRE QU'UN MEMBRE DE LA FAMILLE OU DES AMIS		_
		g. D'UN PARENT		_
		h. ASSOCIATION / MOZIKI / FRATERNITE		
		i. AUTRE A PRECISER		_
(3.21)	Êtes-vous actuellement couverte par un régime d'assurance maladie ?	OUI	1	_
		NON	2 ► (4.01)	
(3.22)	Quel type d'assurance maladie ? Est-ce public, privée ou les deux ?	Public	1	_
		Privé	2	
		Mutuelle de santé	3	
		Plus d'un type	4	

(4) Satisfaction de la patiente			NOTER LES RÉPONSES	
(4.01)	Quelle est la principale raison qui vous a poussé à choisir cette formation sanitaire et non une autre ? NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. VOUS NE POUVEZ DONNER QU'UNE SEULE RÉPONSE.	SITUE NON LOIN DE LA MAISON	1	_ _
		COÛT RÉDUIT	2	
		CONFIANCE AUX AGENTS	3	
		SOINS DE HAUTE QUALITÉ	4	
		DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS	5	
		DISPONIBILITÉ D'AGENT FÉMININ	6	
		RECOMMANDATION	7	
		REFERENCE	8	
		BON ACCUEIL	9	
AUTRE A PRECISER	97			
(4.02)	Quelle est la deuxième principale raison, s'il y en a une autre, qui vous a poussé à choisir ce centre de santé et non un autre ? NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. VOUS NE POUVEZ DONNER QU'UNE SEULE RÉPONSE.	AUCUNE AUTRE RAISON	1	_ _
		SITUE NON LOIN DE LA MAISON	2	
		COÛT RÉDUIT	3	
		CONFIANCE AUX AGENTS	4	
		SOINS DE HAUTE QUALITÉ	5	
		BON ACCUEIL	6	
		CONNAISSANCE D'UN AGENT DE SANTE	7	
		DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS	8	
		DISPONIBILITÉ D'AGENT FÉMININ	9	
		RECOMMANDATION	10	
		REFERENCE	11	
AUTRE A PRECISER	97			
Je vais vous lire une série de déclarations concernant cette formation sanitaire. 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	NOTER LE CODE DE LA RÉPONSE	
<p>LIRE CHAQUE DÉCLARATION À L'ENQUÊTÉ ET NOTER LE CODE DE LA RÉPONSE POUR CHAQUE QUESTION.</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>CODE DE LA RÉPONSE</p> <p>ACCORD=1</p> <p>NI EN ACCORD NI EN DÉSACCORD=2</p> <p>DÉSACCORD=3</p> <p>NON APPLICABLE=6</p>	(4.03)	Il est pratique de venir de votre maison à la formation sanitaire.	_	
	(4.04)	La formation sanitaire est propre.	_	
	(4.05)	Le personnel de santé est courtois et respectueux.	_	
	(4.06)	Le personnel médical vous a bien expliqué votre état de santé	_	
	(4.07)	Il est facile d'obtenir les médicaments prescrits par les agents de santé.	_	
	(4.08)	Les frais de consultation sont abordables.	_	
	(4.09)	Les frais de laboratoire pour cette visite étaient raisonnables.	_	
	(4.10)	Les frais des médicaments pour cette visite étaient raisonnables.	_	
	(4.11)	Les frais de transport pour cette visite étaient raisonnables.	_	
	(4.12)	Les soignants ne demandent pas de paiements 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 formation sanitaire est ouverte sont adaptées à vos besoins.	_		
(4.17)	La qualité générale des services fournis était satisfaisante.	_		

Je vais maintenant vous poser des questions concernant votre satisfaction par rapport aux services et conseils sur la planification familiale que vous avez reçu au cours de cette visite				
(4.18)	Etes-vous satisfaite des services et conseils sur la planification familiale reçus au cours de cette visite?	Très satisfait	1	□
		Satisfait	2	
		Assez satisfait	3	
		Pas Satisfait	4	
		Pas du tout satisfait	5	
		Non applicable	6	
(4.19)	ENQUÊTEUR, VEUILLEZ SPECIFIER LE DEGRE DE SATISFACTION DE LA PATIENTE A TRAVERS LES POINTS SUIVANTS : Notez 1 pour OUI et 2 pour NON	a. L'agent de santé vous a-t-il donné une impression positive?		□
		b. L'agent de santé s'est-il montré disponible et a-t-il répondu à toutes vos questions?		□
		c. Etes-vous satisfait de l'intimité durant la consultation (nombre de personnes présentes dans la salle, porte ouverte durant la consultation...)?		□
		d. La qualité du service correspond t-elle à vos attentes		□
(4.20)	Avant votre grossesse actuelle, avez-vous utilisé une méthode de planification familiale?	OUI	1	□
		NON	2	
(4.21)	Si oui, spécifiez N'ÉNUMÉREZ PAS DES RÉPONSES, MAIS POUR CHAQUE OPTION, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ. VOUS POUVEZ FAIRE L'ENQUÊTE SANS UTILISER LES RÉPONSES SPÉCIFIQUES (EX. « AUTRE CHOSE ? »)	a. STÉRILISATION FÉMININE		□□
		b. PILULE CONTRACEPTIVE		□□
		c. DISPOSITIF INTRA UTÉRIN (DIU)		□□
		d. CONTRACEPTIFS INJECTABLES		□□
		e. IMPLANTS		□□
		f. PRÉSERVATIFS MASCULINS		□□
		g. PRÉSERVATIFS FÉMININS		□□
		h. DIAPHRAGME		□□
		i. MOUSSE / GÉLATINE		□□
		j. AMÉNORRHÉE DUE À LA LACTATION		□□
		k. ABSTINENCE PÉRIODIQUE		□□
		l. COÛT INTERROMPU		□□
		m. AUTRE		□□
(4.22)	Pendant combien de temps avez-vous utilisé cette méthode (Notez le temps en mois)			□□
(4.23)	A votre avis, le coût de cette méthode était-il abordable?	OUI	1	□
		NON	2	
		N'A RIEN PAYER	3	
		NSP	4	
(4.24)	Quelle était votre source d'approvisionnement ? SI (4.21)K=1, J=1 et L=1 ▶ (4.26)	Centre de santé	1	□
		Pharmacie	2	
		Marché/vendeur ambulancier	3	
		Autre à préciser	4	
(4.25)	A votre avis, la distance entre votre domicile et votre source d'approvisionnement était-elle acceptable ?	OUI	1	□
		NON	2	
		NSP	3	
(4.26)	Comment jugez-vous globalement la qualité des services pour cette visite dans cette FOSA?	Très bon	1	□
		Bon	2	
		Passable	3	
		Mauvais	4	
		Très mauvais	5	

(5)	Sécurité et confiance		NOTER LES RÉPONSES
<p>Je vais vous lire une série de déclarations concernant la sécurité et la confiance dans cette formation sanitaire. Veuillez répondre aux déclarations comme vous l'avez fait auparavant 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>			
<p>LIRE CHAQUE DÉCLARATION À L'ENQUÊTÉ ET NOTER LE CODE DE LA RÉPONSE POUR CHAQUE QUESTION.</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>CODES DE LA RÉPONSE :</p> <p>ACCORD.....1</p> <p>NI EN ACCORD NI EN DÉSACCORD..... 2</p> <p>DÉSACCORD3 APPLICABLE,,,,6</p> <p style="text-align: right;">NON</p>	(5.01)	Le niveau de sécurité dans la zone ne permet pas aux populations de la communauté d'utiliser les services de santé disponibles.	_
	(5.02)	Les personnels soignants de cette formation sanitaire sont honnêtes et respectent les patients	_
	(5.03)	Les agents de santé dans cette formation sanitaire sont extrêmement consciencieux et prudents.	_
	(5.04)	Vous faites confiance aux compétences et capacités du personnel de santé de cette formation sanitaire.	_
	(5.05)	Vous faites totalement confiance aux décisions du personnel de santé concernant le traitement médical dans cette formation sanitaire.	_
	(5.06)	Les agents de santé dans cette formation sanitaire sont très accueillants et ouverts	_
	(5.07)	Le personnel de santé dans cette formation sanitaire est facile à aborder.	_
	(5.08)	Les agents de santé de cette formation sanitaire s'occupent de votre santé autant que vous ou plus que vous.	_
	(5.09)	Le personnel de santé de cette formation sanitaire agit différemment à l'égard des riches et des pauvres.	_

(6) Questions relatives au ménage		NOTER LES RÉPONSES				
(6.01)	Votre famille a-t-elle un terrain ou une maison ?	OUI	1			
		NON	2 ► (6.03)			
(6.02)	Si vous devriez vendre votre maison ou terrain, quel montant en Frs Congolais recevriez-vous pour cette vente ?	Frs Congolais				
(6.03)	Pour votre maison, quel est le principal matériau utilisé pour les parties suivantes : mur, toit et sol ? NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. NOTER SÉPARÉMENT LES RÉPONSES POUR CHAQUE ÉLÉMENT	TOIT	Beton	1	a. Toit	<input type="text"/>
			Tôle	2		
			Tuiles	3		
			Chaume/paille	5		
			Autre à préciser	7		
		MUR	Brique cuite	1	b. Mur	<input type="text"/>
			Brique de terre	2		
			Brique en ciment ou beton	3		
			Pierres	4		
			Bois / bambou / contre plaquet	5		
			Paille	6		
			Terre battue	7		
Tôle	8					
Autre à préciser	97					
SOL	Carreaux	1	c. Sol	<input type="text"/>		
	Ciment	2				
	Terre battue	3				
	Sable, sol naturel	4				
	Bois	5				
	Autre à préciser	97				
(6.04)	Combien de pièces compte votre maison ? COMPTÉZ TOUTES LES PIÈCES, SAUF CUISINE, TOILETTE ET SALLES DE BAINS			<input type="text"/>		
(6.05)	Combien de personnes vivent dans votre ménage ? ÉCRIRE LE NOMBRE TOTAL DANS CHAQUE CATÉGORIE.	a. Hommes âgés d'au moins 18 ans		<input type="text"/>		
		b. Femmes âgées d'au moins 18 ans		<input type="text"/>		
		c. Enfants et adolescents âgés entre 5 et 17 ans		<input type="text"/>		
		d. Enfants âgés de moins de 5 ans		<input type="text"/>		
		e. Total		<input type="text"/>		

(6)	Questions relatives au ménage (suite)	
(6.06)	Combien de [BIENS]votre ménage possède-t-il ? Mentionner uniquement les biens qui fonctionnent. S'IL N'Y EN N'A AUCUN, NOTER ZÉRO ET PASSER À L'ACTIF SUIVANT	NOTER LES RÉPONSES
01	Radio	_ _
02	Lecteur CD/DVD/Lecteur de cassette	_ _
03	Téléviseur	_ _
04	Fer à repasser	_ _
05	Fourneau électrique	_ _
06	Bouteille à gaz	_ _
07	Lampe à pétrole / Pile	_ _
08	Lit/matelas	_ _
09	Moustiquaires	_ _
10	Réfrigérateur/congélateur	_ _
11	Machine à coudre	_ _
12	Canapé/divan	_ _
13	Téléphone portable	_ _
14	Téléphone fixe	_ _
15	Moto	_ _
16	Bicyclette	_ _
17	Camionnette ou voiture	_ _
18	Brouette/pousse-pousse	_ _
19	Charrue	_ _
20	Charrette	_ _
21	Houes/haches	_ _
22	Groupe électrogène	_ _
23	Panneau solaire	_ _
24	Batterie	_ _
25	Foyer amélioré / Four	_ _
26	Ordinateur	_ _
27	Cuisinière	_ _
28	Rechaud à pétrole	_ _
29	Pirogue	_ _
30	Hors bord	_ _
31	Machine à laver	_ _
31	Table à manger	_ _
97	Autres, spécifiez	_ _

(6.07)	Votre ménage possède combien d'[ANIMAUX/VOLAILLE] ? S'IL N'Y EN N'A AUCUN, NOTER ZÉRO ET PASSER À L'ANIMAL SUIVANT	NOTER LES RÉPONSES
01	Chèvre ?	_ _ _ _
02	Mouton ?	_ _ _ _
03	Porc ?	_ _ _ _
04	Volaille ?	_ _ _ _
06	Boeufs ?	_ _ _ _
07	Autres, spécifiez:	_ _ _ _

(7) Relais communautaire			NOTER LES RÉPONSES
(7.01)	Connaissez-vous un Relais communautaire (RECO) dans votre communauté ?	OUI 1	_
		NON 2 ► (8,01)	
(7.02)	Avez-vous des Relais communautaire de sexe masculin et de sexe féminin dans votre communauté ?	RECO de sexe masculin uniquement 1	_
		RECO de sexe féminin uniquement 2	
		Sexe masculin et féminin 3	
(7.03)	Au cours du dernier mois, avez-vous reçu un service de la part d'un relais communautaire au sein de la formation sanitaire ?	OUI 1	_
		NON 2	
(7.04)	Au cours du dernier mois, avez-vous reçu un service de la part d'un relais communautaire à votre domicile ?	OUI 1	_
		NON 2	
(7.05)	Au cours du dernier mois, avez-vous reçu un service d'un relais communautaire dans un autre endroit dans la communauté (sensibilisation, Poste de santé, domicile de relais communautaire) ?	OUI 1	_
		NON 2	
(7.06)	VÉRIFIER LES 3 QUESTIONS PRÉCÉDENTES POUR VOIR SI L'ENQUÊTÉ A UTILISÉ LES SERVICES D'UN RELAIS COMMUNAUTAIRE LE MOIS DERNIER	OUI 1	_
		NON 2 ► (7.08)	
(7.07)	Quels services le Relais Communautaire vous a-t-il offert ? <i>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ.</i>	A. Fourniture des comprimés de fer / d'acide folique	_
		B. Fourniture de vaccin antitétanique (VAT)	_
		C. Fourniture les médicaments antipaludiques	_
		D. Informations sur les signes de danger pendant la grossesse	_
		E. Conseil sur l'allaitement maternel exclusif	_
		F. Éducation et promotion à la santé	_
		G. Référence au centre de santé	_
		H. Autre à préciser	_
(7.08)	Maintenant je vais vous lire deux déclarations en rapport avec le travail effectué par les Relais communautaires Veuillez dire si vous êtes d'accord ou pas avec chaque déclaration. ACCORD =1, NI EN ACCORD NI EN DÉSACCORD =2 EN DÉSACCORD=3	a. Les Relais communautaire rendent des services précieux dans ma communauté	_
		b. Les Relais communautaire offrent des services de bonne qualité dans ma communauté	_

(8) ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE (AT)		NOTER LES RÉPONSES				
(8.01)	Connaissez-vous une AT dans votre communauté ?	Oui	1			_
		Non	2 ►			
RESULTAT D'INTERVIEW						
(8.02)	Avez-vous eu recours à une AT le mois dernier, soit dans votre propre domicile soit dans la communauté soit dans une formation sanitaire ?	Oui, au domicile	1			_
		Oui, dans la formation sanitaire	2			
		Oui, dans la communauté	3			
		Oui, à la fois au domicile et dans la formation sanitaire	4			
		Oui, à la fois au domicile et dans la communauté	5			
		Oui, à la fois dans la formation sanitaire et dans la communauté	6			
		Oui, à la fois au domicile, dans la formation sanitaire et dans la communauté	7			
	Non	8 ► (8.04)				
(8.03)	Quels services l'AT vous a-t-elle rendu ? <i>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ, ET « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ.</i>	A. Diagnostic de grossesse	_			
		B. Accompagnement à une visite prénatale	_			
		C. Informations sur les signes de danger pendant la grossesse	_			
		D. Accompagner au centre de santé pour accouchement	_			
		E. Éducation à la santé et promotion de la santé	_			
		F. Don des médicaments traditionnels	_			
		G. Autre à préciser	_			
Je vais vous lire deux déclarations en rapport avec le travail effectué par l' AT, 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	
(8.04)	Les AT rendent des services important dans ma communauté.	1	2	3	_	
(8.05)	Les AT offrent des services de bonne qualité dans ma communauté.	1	2	3	_	
RESULTAT DE L'INTERVIEW						
ENTIEREMENT REMPLI		1			_	
PARTIELLEMENT REMPLI		2				
LE RESPONSABLE A REFUSÉ L'ENTREVUE		3				
LE RESPONSABLE EST ABSENT (LE PERSONNEL PRESENT N'EST PAS AUTORISÉ)		4				
LA FORMATION SANITAIRE EST VIDE (AUCUN MEMBRE DU PERSONNEL N'EST PRESENT)		5				
AUTRE, PRÉCISER: _____		6				

MERCİ DE VOTRE DISPONIBILITÉ