



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
F6 : ENTREVUE EN SORTIE DE CONSULTATION - ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Province :	<input type="text"/>	District :	<input type="text"/>
Zone de Santé (ZS)	<input type="text"/>	Aire de santé	<input type="text"/>
Village / Quartier :	<input type="text"/>	Nom de Fosa	<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	2	<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	ENREGISTRER LES RÉPONSES																																																																				
POSER LES QUESTIONS SUIVANTES AU (X) PARENTS OU ACCOMPAGNANT DU PATIENT																																																																						
(1.01)	SAISIR LE NUMÉRO DE SUIVI DU PATIENT (Ce numéro doit correspondre à celui attribué ou renseigné au niveau de F4)	<input type="text"/>																																																																				
(1.02)	SAISIR LE NUMÉRO DE SUIVI DU PERSONNEL DE SANTE A PARTIR DE LA LISTE DU PERSONNEL DE LA FICHE 1	<input type="text"/>																																																																				
(1.03)	Nom/Prénom du Patient	<input type="text"/>																																																																				
(1.04)	Sexe du patient	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Masculin</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Feminin</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>	Masculin	1	Feminin	2																																																																
Masculin	1																																																																					
Feminin	2																																																																					
(1.05)	Quel est l'âge du patient? NOTER L'ÂGE EN MOIS	<input type="text"/>																																																																				
(1.06)	Est ce la première fois que le patient est conduit dans cette formation sanitaire?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>OUI</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2																																																																
OUI	1																																																																					
NON	2																																																																					
(1.07)	Quel est le statut de l'agent qui vous a reçu ?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Médecin</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Infirmier(ère) A2</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Sage-Femme</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Autre: à préciser</td> <td style="text-align: center;">97</td> </tr> </table>	Médecin	1	Infirmier(ère) A2	2	Sage-Femme	5	Autre: à préciser	97																																																												
Médecin	1																																																																					
Infirmier(ère) A2	2																																																																					
Sage-Femme	5																																																																					
Autre: à préciser	97																																																																					
(1.08)	De quel type de formation sanitaire s'agit-il?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Cliniques universitaires</td> <td style="text-align: center;">01</td> </tr> <tr> <td>Hôpital Provincial Général de Référence</td> <td style="text-align: center;">02</td> </tr> <tr> <td>Hôpital General de Référence de Zone</td> <td style="text-align: center;">03</td> </tr> <tr> <td>Centre de santé de référence</td> <td style="text-align: center;">04</td> </tr> <tr> <td>Centre de santé</td> <td style="text-align: center;">05</td> </tr> <tr> <td>Centre de santé privé</td> <td style="text-align: center;">06</td> </tr> <tr> <td>Centre de santé confessionnel</td> <td style="text-align: center;">07</td> </tr> <tr> <td>Autre</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> </table>	Cliniques universitaires	01	Hôpital Provincial Général de Référence	02	Hôpital General de Référence de Zone	03	Centre de santé de référence	04	Centre de santé	05	Centre de santé privé	06	Centre de santé confessionnel	07	Autre	7																																																				
Cliniques universitaires	01																																																																					
Hôpital Provincial Général de Référence	02																																																																					
Hôpital General de Référence de Zone	03																																																																					
Centre de santé de référence	04																																																																					
Centre de santé	05																																																																					
Centre de santé privé	06																																																																					
Centre de santé confessionnel	07																																																																					
Autre	7																																																																					
LES QUESTIONS SUIVANTES SE REFERENT AU (X) PARENT (S) OU ACCOMPAGNATEUR (S) DU PATIENT.																																																																						
(1.09)	Quel est votre lien de parenté avec le patient?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Mère</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Père</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Autre parent de sexe masculin</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Autre parent de sexe féminin</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>AUTRE à spécifiez</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> </table>	Mère	1	Père	2	Autre parent de sexe masculin	3	Autre parent de sexe féminin	4	AUTRE à spécifiez	7																																																										
Mère	1																																																																					
Père	2																																																																					
Autre parent de sexe masculin	3																																																																					
Autre parent de sexe féminin	4																																																																					
AUTRE à spécifiez	7																																																																					
(1.10)	Quel est le sexe du répondant?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Masculin</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Feminin</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>	Masculin	1	Feminin	2																																																																
Masculin	1																																																																					
Feminin	2																																																																					
(1.11)	Quel est votre âge (répondant)? NOTER ANNÉES RÉVOLUES	<input type="text"/>																																																																				
(1.12)	Pouvez-vous lire et écrire (répondant)?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>OUI</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2																																																																
OUI	1																																																																					
NON	2																																																																					
(1.13)	Quel est votre niveau scolaire (répondant)?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Aucun</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">▶ (1.15)</td> </tr> <tr> <td>Primaire</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>cycle d'orientation(1ere et 2eme année)</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Humanités(3eme, 4eme,5eme et 6eme année)</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Supérieur et plus</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> </table>	Aucun	1	▶ (1.15)	Primaire	2		cycle d'orientation(1ere et 2eme année)	3		Humanités(3eme, 4eme,5eme et 6eme année)	4		Supérieur et plus	5																																																						
Aucun	1	▶ (1.15)																																																																				
Primaire	2																																																																					
cycle d'orientation(1ere et 2eme année)	3																																																																					
Humanités(3eme, 4eme,5eme et 6eme année)	4																																																																					
Supérieur et plus	5																																																																					
(1.14)	Quelle est la classe la plus élevée que vous avez achevé dans ce niveau (répondant)?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>1 ere primaire</td><td style="text-align: center;">01</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2 eme primaire</td><td style="text-align: center;">02</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3 eme primaire</td><td style="text-align: center;">03</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4eme primaire</td><td style="text-align: center;">04</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5eme primaire</td><td style="text-align: center;">05</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6 eme primaire</td><td style="text-align: center;">06</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1ere Cycle d'orientation</td><td style="text-align: center;">07</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2 eme Cycle d'orientation</td><td style="text-align: center;">08</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3 eme des humanités</td><td style="text-align: center;">09</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4 eme des humanités</td><td style="text-align: center;">10</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5 eme des humanités</td><td style="text-align: center;">11</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6 eme des humanités</td><td style="text-align: center;">12</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1er graduat</td><td style="text-align: center;">13</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2 eme graduat</td><td style="text-align: center;">14</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3 eme graduat</td><td style="text-align: center;">15</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>licence et plus</td><td style="text-align: center;">16</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">17</td><td></td><td></td></tr> </table>	1 ere primaire	01			2 eme primaire	02			3 eme primaire	03			4eme primaire	04			5eme primaire	05			6 eme primaire	06			1ere Cycle d'orientation	07			2 eme Cycle d'orientation	08			3 eme des humanités	09			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				17		
1 ere primaire	01																																																																					
2 eme primaire	02																																																																					
3 eme primaire	03																																																																					
4eme primaire	04																																																																					
5eme primaire	05																																																																					
6 eme primaire	06																																																																					
1ere Cycle d'orientation	07																																																																					
2 eme Cycle d'orientation	08																																																																					
3 eme des humanités	09																																																																					
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																																																																					
	17																																																																					
(1.15)	SI AGE DU REpondant EST SUPERIEUR >= 15 ANS Quel est votre statut matrimonial (répondant)?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Célibataire</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Mariés(Civil, coutumier, religieux)</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Union libre (statut matrimonial non legal en l</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Veuve</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Divorcée/ séparée</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	Célibataire	1	Mariés(Civil, coutumier, religieux)	2	Union libre (statut matrimonial non legal en l	3	Veuve	4	Divorcée/ séparée	5																																																										
Célibataire	1																																																																					
Mariés(Civil, coutumier, religieux)	2																																																																					
Union libre (statut matrimonial non legal en l	3																																																																					
Veuve	4																																																																					
Divorcée/ séparée	5																																																																					

(2)	Traitement et conseil	NOTER LES RÉPONSES	
INTRODUIRE CETTE SECTION PAR « Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur cette visite que vous avez effectuée à la formation sanitaire. »			
(2.01)	Quel est l'objectif de la visite de l'enfant à la formation sanitaire aujourd'hui ? NOTER « 1 = oui » SI L'OBJECTIF S'APPLIQUE ET « 2 = non » DANS LE CAS CONTRAIRE	a Vaccination ► (2.05)	_
		b Suivi de la croissance infantile ► (2.05)	_
		c Maladie	_
		d Autre ► (2.05) Précisez	_
(2.02)	Depuis quand (en jours) cette maladie a-t-elle commencé ?	NOMBRE DE JOURS	_ _ _
(2.03)	Pour quelles raisons avez-vous conduit l'enfant à la formation sanitaire aujourd'hui ? NE LISEZ PAS CES OPTIONS À HAUTE VOIX, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ OU « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ POUR CHAQUE OPTION. MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2	a Diarrhée	_
		b Fièvre	_
		c Toux/difficulté respiratoire	_
		d Dermatoses (maladie de la peau)	_
		e Difficulté à déglutir, douleur à la déglutition (Amygdalite / angine)	_
		f Douleur à l'oreille (Otite moyenne)	_
		g Blessure	_
		h Convulsion	_
		i Perte de conscience	_
		j Asthénie physique (fatigue)	_
		k Vomissement	_
		l Autre à préciser	_
(2.04)	Êtes-vous venu dans cette formation sanitaire sur votre propre initiative, ou sur la base d'une référence faite par une autre formation sanitaire, ou selon la référence faite par un Relais communautaire ?	Venu directement et personnellement 1	_
		Sur la base de référence faite par une autre formation sanitaire 2	
		Recommandé par un Relais communautaire 3	
(2.05)	Quelqu'un de la formation sanitaire a-t-il demandé l'âge de l'enfant ?	OUI 1	_
		NON 2	

(2.06)	Un agent de la formation sanitaire a-t-il pesé votre enfant ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2	
(2.07)	Quelqu'un de la formation sanitaire a-t-il mesuré la taille de l'enfant ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2	
(2.08)	Quelqu'un de la formation sanitaire a-t-il pris la température de l'enfant	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2	
(2.09)	L'agent de santé a-t-il examiné physiquement l'enfant (en le déshabillant)?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2	
(2.10)	À cette visite, l'agent de santé vous a-t-il également dit si l'enfant avait un problème de santé ou pas?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2 ► (2.12)	
(2.11)	L'enfant avait quel problème de santé selon l'agent de santé ? NE LISEZ PAS CES OPTIONS À HAUTE VOIX, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ OU « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ POUR CHAQUE OPTION. MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONN.....2	a	Paludisme	<input type="checkbox"/>
		b	Fièvre	<input type="checkbox"/>
		c	Rougeole	<input type="checkbox"/>
		d	Déshydratation	<input type="checkbox"/>
		e	Infection virale/Grippe	<input type="checkbox"/>
		f	Diarrhée	<input type="checkbox"/>
		g	Dysenterie/Diarrhée sanguinolente	<input type="checkbox"/>
		h	Rhume/Infection des voies respiratoires supérieures	<input type="checkbox"/>
		i	Pneumonie	<input type="checkbox"/>
		j	Malnutrition	<input type="checkbox"/>
		k	Infections parasitaires	<input type="checkbox"/>
		l	Poussée dentaire	<input type="checkbox"/>
		m	Infection cutanée	<input type="checkbox"/>
		n	Otite (infection de l'oreille)	<input type="checkbox"/>
		o	Pas de problème de santé ► (2.21)	<input type="checkbox"/>
		p	Anémie	<input type="checkbox"/>
q	Autre	<input type="checkbox"/>		
	Spécifiez			
(2.12)	L'agent de santé vous a-t-il dit ce qu'il faut faire à la maison pour traiter les maladies ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2 ► (2.21)	

(2.13)	Qu'est-ce que l'agent de santé vous a dit de faire ? NE LISEZ PAS CES OPTIONS À HAUTE VOIX, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ OU « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ POUR CHAQUE OPTION. MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2	a	Donner plus de boisson	<input type="checkbox"/>
		b	Continuer ou augmenter l'alimentation et/ou l'allaitement	<input type="checkbox"/>
		c	Bains/Enveloppements froids pour les cas de fièvre	<input type="checkbox"/>
		d	Ne pas le laisser prendre froid	<input type="checkbox"/>
		e	Éviter de prendre des médicaments autres que ceux prescrits aujourd'hui	<input type="checkbox"/>
		f	Autre à préciser	<input type="checkbox"/>
(2.14)	L'agent de santé vous a-t-il demandé de ramener l'enfant si sa situation empire ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2 ► (2.16)	
(2.15)	À partir des conseils que vous a donné l'agent de santé, comment saurez-vous si la situation de l'enfant empire et si vous devez le ramener à la formation sanitaire ? NE LISEZ PAS CES OPTIONS À HAUTE VOIX, NOTER « 1 » SI MENTIONNÉ OU « 2 » SI RIEN N'EST INDIQUÉ POUR CHAQUE OPTION. MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2	a	La fièvre persiste	<input type="checkbox"/>
		b	L'enfant est incapable de boire ou ne boit pas normalement	<input type="checkbox"/>
		c	Changement d'état de conscience	<input type="checkbox"/>
		d	La diarrhée persiste	<input type="checkbox"/>
		e	Le sang apparaît dans les selles	<input type="checkbox"/>
		f	L'enfant développe une respiration rapide ou difficile	<input type="checkbox"/>
		g	L'enfant devient plus malade pour n'importe quelle raison	<input type="checkbox"/>
		h	De nouveaux symptômes apparaissent	<input type="checkbox"/>
		i	Autre à préciser	<input type="checkbox"/>
(2.16)	L'enfant a-t-il reçu un traitement ou une prescription aujourd'hui dans la formation sanitaire?	A reçu des médicaments (hors vaccin) à la formation sanitaire	1	<input type="checkbox"/>
		A reçu et a acheté des médicaments à la formation sanitaire	2	
		A reçu une prescription et a acheté des médicaments dans la formation sanitaire	3	
		A reçu une prescription à acheter des médicaments hors de la formation sanitaire	4	
		N'a reçu ni médicaments ni prescription à la formation sanitaire	5 ► (2.22)	

(2.17)	Au total, combien de médicaments étaient administrés ou prescrits à l'enfant ?	Ecrivez le nombre	□□□
(2.18)	Quels médicaments vous a-t-on prescrit? ENQUÊTEUR: VÉRIFIEZ LES MÉDICAMENTS SUR L'ORDONNANCE POUR CONFIRMATION	1	
		2	
		3	
		4	
		5	
		6	
		7	
(2.19)	Quel médicament vous a-t-on donné? ENQUÊTEUR: VÉRIFIEZ LES MÉDICAMENTS POUR CONFIRMATION	1	
		2	
		3	
		4	
		5	
(2.20)	Quel médicament avez-vous acheté ? ENQUÊTEUR: VÉRIFIEZ LES MÉDICAMENTS POUR	1	
		2	
		3	
		4	
		5	
		6	
		7	
(2.21)	Combien de temps vous faut-il pour aller de cette formation sanitaire à la pharmacie/l'endroit où vous achetez les médicaments prescrits en utilisant le moyen de transport habituel? (aller simple) (SI C'EST AU SEIN DE LA FORMATION SANITAIRE ENREGISTRER 000	Minutes	□□□□
(2.22)	Quel est le moyen habituel utilisé pour le transport?	À pieds 1	□□□
		Vélo personnel 2	
		Voiture personnelle 3	
		Moto personnelle 4	
		Transport collectif (bus, vélo, moto, taxi) 5	
		Moto-taxi 6	
		Autre 97	

(2.23)	L'agent de santé vous a-t-il bien expliqué la posologie ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2	
(2.24)	L'agent de santé vous a-t-il parlé des éventuels effets secondaires du médicament prescrit/administré ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2	
(2.25)	L'agent de santé vous a-t-il donné une date précise à laquelle vous devez ramener l'enfant à la formation sanitaire pour une visite de suivi ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2	
(2.26)	La carte de vaccination de l'enfant est-elle disponible ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2 ▶ (2.28)	
NOTEZ LES VACCINS DE L'ENFANT TELS QUE MENTIONNES SUR LE CARNET DE VACCINATION				
(2.27)	ANTIGENES	NOTER « 1 » POUR REÇU ET « 2 » POUR NON REÇU.	JJ / MM	AAAA
A	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	VPO 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	VPO 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	VPO 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	VPO 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	PENTA 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	PENTA 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H	PENTA 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	VAA (fièvre jaune)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J	VAR (Rougeole)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K	Vitamine A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L	PCV13 (Pneumonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2.28)	Votre enfant a-t-il reçu un vaccin aujourd'hui ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2	
(2.29)	L'agent de santé vous a-t-il demandé de ramener l'enfant pour recevoir un vaccin un autre jour ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2 ▶ (2.31)	
(2.30)	Quand est-ce que l'agent de santé vous a demandé de ramener l'enfant ?	a	JOURS (JJ)	<input type="checkbox"/>
		b	MOIS (MM)	<input type="checkbox"/>
		c	ANNÉE (AAAA)	<input type="checkbox"/>
(2.31)	L'agent de santé vous a-t-il demandé d'amener l'enfant dans un autres Hôpital ou centre de santé pour recevoir une ramener l'enfant pour recevoir un meilleur soins ?	OUI	1	<input type="checkbox"/>
		NON	2 ▶ (3.01)	

(3) Déplacement du patient et dépenses			ENREGISTRER LES RÉPONSES
(3.01)	Quelle est la distance entre votre domicile et cette formation sanitaire en kilomètres?	KILOMÈTRES	□□□□
(3.02)	Combien de temps avez-vous mis pour venir de chez vous à cette formation sanitaire aujourd'hui? (aller simple)	Minutes	□□□□
(3.03)	Quel était votre principal moyen de transport aujourd'hui? (aller simple)	À 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 à préciser 6	
(3.04)	Combien avez-vous payé en Frs Congolais pour arriver ici aujourd'hui? (aller simple)	Frs Congolais	□□□□□□□□
(3.05)	Combien de temps avez-vous attendu avant d'être consulté dans cette formation sanitaire aujourd'hui?	Minutes	□□□□
(3.06)	Était-ce trop long comme attente?	OUI 1	□□
		NON 2	
(3.07)	Combien de temps avez-vous passé avec le médecin ou l'infirmière en consultation?	Minutes	□□□□
(3.08)	Était-ce suffisant ou trop court ?	Suffisant 1	□□
		Trop court 2	
		Ne sait pas 8	
(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)	L'enfant a-t-il eu des examens de laboratoire?	OUI 1	□□
		NON 2 ► (3.15)	
(3.14)	Combien avez-vous payé pour cela en Frs Congolais?	Frs Congolais	□□□□□□□□
(3.15)	L'enfant a-t-il fait un examen de radiologie?	OUI 1	□□
		NON 2 ► (3.17)	
(3.16)	Combien avez-vous payé pour cela?	Frs Congolais	□□□□□□□□
(3.17)	Avez-vous reçu des médicaments à la pharmacie de la formation sanitaire?	OUI 1	□□
		NON 2 ► (3.19)	

(3.18)	Combien avez-vous payé pour cela en Frs Congolais?	Frs Congolais	_ _ _ _ _ _ _
(3.19)	Combien avez-vous dépensé au total à la formation sanitaire (Frs Congolais) pour cette visite, sans inclure les frais de transport? ENQUÊTEUR : VÉRIFIER QUE LE TOTAL CORRESPOND EFFECTIVEMENT AUX DIVERS MONTANTS MENTIONNES) SI LE PATIENT N'A RIEN DÉPENSÉ, ALLEZ A 3.22	Frs Congolais	_ _ _ _ _ _ _
(3.20)	Quelle est la source de l'argent que vous avez utilisé pour payer les soins aujourd'hui? NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER "1" SI MENTIONNÉ, ET «2» SI LE PATIENT NE L'A PAS MENTIONNÉ MENTIONNÉ.....1 NON MENTIONNÉ.....2	a. Épargne ou budget normal du ménage	_
		b. Assurance maladie	_
		c. Vente des biens du ménage	_
		d. Hypothèque ou vente de terrain	_
		e. D'un ami ou parent	_
		f. Emprunt de quelqu'un autre qu'un ami ou un parent	_
		g. Autre	_
		Spécifiez	
(3.21)	Le patient est-il couvert par une assurance maladie?	OUI 1	
		NON 2 ► (4.01)	
(3.22)	Quel type d'assurance maladie?	Public 1	_
		Privé 2	
		Mutuelle de santé 3	
		Plus d'un type 4	
(3.23)	Quels sont les services couverts par ce régime d'assurance-maladie? LIRE A HAUTE VOIX  OUI.....1 NON.....2	a. Consultation de nourrisson sain (y compris vaccination)	_
		b. Soins aux enfants malades	_
		c. Autres consultations externes	_
		d. Les soins prénataux pour les femmes enceintes	_
		e. Soins d'accouchement pour les femmes enceintes	_
		f. Les soins post-partum pour les femmes et les nouveau-nés	_
		g. Hospitalisations et soins aux patients hospitalisés	_
		h. AUTRE	_
		Spécifiez	
(3.24)	Devez-vous payer les éléments suivants avant d'avoir accès aux avantages de votre assurance? LIRE A HAUTE VOIX OUI.....1 NON....2	a. Prime ou cotisation à l'inscription	_
		b. Frais à chaque visite aux formations sanitaires	_
(3.25)	Bénéficiez-vous d'un programme spécial vous donnant accès à des soins gratuits ou à une subvention sur les soins ? OUI.....1 NON....2	a. Carte pour les nécessiteux/indigents	_
		b. Autre programme(à préciser)	_

(4) Satisfaction du patient			ENREGISTRER LES RÉPONSES	
(4.01)	Quelle est la principale raison qui vous a poussé à choisir cette formation sanitaire aujourd'hui et non une autre? NE PAS LIRE LES CHOIX, UNE SEULE RÉPONSE EST PERMISE	Emplacement proche du domicile	01	_ _
		Coût réduit des services	02	
		Confiance aux soignants / bonne qualité des soins	03	
		Disponibilité des médicaments	04	
		Disponibilité des agents de santé	05	
		Référence par une autre formation sanitaire	06	
		Recommandation de la famille/ ami	07	
		Nature de la maladie	08	
		Autre:	97	
		Spécifiez		
(4.02)	Quelle est la 2ème plus importante raison qui vous a poussé à choisir cette formation sanitaire aujourd'hui et non une autre? NE PAS LIRE LES CHOIX, UNE SEULE RÉPONSE EST PERMISE	Aucune autre raison	01	_ _
		Emplacement proche du domicile	02	
		Coût réduit des services	03	
		Confiance aux soignants / bonne qualité des soins	04	
		Disponibilité des médicaments	05	
		Disponibilité des agents de santé	06	
		Référence par une autre formation sanitaire	07	
		Recommandation de la famille/ ami	08	
		Nature de la maladie	09	
		Autre:	97	
spécifiez				
(4.03)	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	

(4) Satisfaction du patient (suite)			
Je vais vous lire une série de déclarations concernant cette formation sanitaire. Dites moi si vous êtes d'accord, si vous n'êtes ni d'accord ni contre ou si vous êtes contre chacune des déclarations. Certaines déclarations peuvent ne pas s'appliquer à votre situation. Bien vouloir me dire quelle déclaration est sans objet pour vous.			
		RÉPONSE	ENREGISTRER LE CODE DE LA RÉPONSE
<p>LIRE CHAQUE DÉCLARATION A L'ENQUÊTE ET ENREGISTRER LES CODES DE REPONSES POUR CHAQUE QUESTION.</p>  <p>ACCORD 1</p> <p>NI EN ACCORD NI EN DÉSACCORD 2</p> <p>DÉSACCORD 3</p> <p>NON APPLICABLE 9</p>	(4.04)	Il est pratique de venir de votre maison à la formation sanitaire.	<input type="checkbox"/>
	(4.05)	La formation sanitaire est propre	<input type="checkbox"/>
	(4.06)	Le personnel médical est courtois et respectueux	<input type="checkbox"/>
	(4.07)	Le personnel médical vous a bien expliqué l'état de santé de l'enfant	<input type="checkbox"/>
	(4.08)	On trouve facilement les médicaments que les soignants prescrivent.	<input type="checkbox"/>
	(4.09)	Les frais pour cette consultation étaient raisonnables.	<input type="checkbox"/>
	(4.10)	Les frais de laboratoire pendant cette visite étaient raisonnables.	<input type="checkbox"/>
	(4.11)	Les frais de médicaments pour cette consultation étaient raisonnables.	<input type="checkbox"/>
	(4.12)	Les frais de transport pour cette consultation étaient raisonnables.	<input type="checkbox"/>
	(4.13)	Les soignants ne demandent pas de paiements additionnel	<input type="checkbox"/>
	(4.14)	Le temps d'attente chez le soignant était raisonnable.	<input type="checkbox"/>
	(4.15)	Vous avez eu assez d'intimité pendant la consultation.	<input type="checkbox"/>
	(4.16)	L'agent de santé a passé assez de temps avec vous.	<input type="checkbox"/>
	(4.17)	Les heures auxquelles la formation sanitaire est ouverte sont adaptées à vos besoins.	<input type="checkbox"/>
(4.18)	En général, la qualité des services offerts était satisfaisante.	<input type="checkbox"/>	

(5) Sécurité et confiance				
Je vais vous lire une série de déclarations concernant la sécurité et la confiance dans cette formation sanitaire. Répondez aux déclarations comme vous l'avez fait plus haut en disant si vous êtes d'accord, si vous n'êtes ni d'accord ni contre ou si vous êtes contre chacune des déclarations. Dites-moi s'il y en a parmi ces déclarations qui sont sans objet pour vous.				
<p>LIRE CHAQUE DÉCLARATION A L'ENQUÊTÉ ET ENREGISTRER LES CODES DE REPONSES POUR CHAQUE QUESTION.</p> 	(5.01)	Le niveau de sécurité dans la zone ne permet pas aux populations de la communauté d'utiliser les services de santé disponibles.	<input type="checkbox"/>	
	(5.02)	Le personnel soignant de cette formation sanitaire est honnête et respecte les patients	<input type="checkbox"/>	
	(5.03)	Les agents de santé dans cette formation sanitaire sont extrêmement consciencieux et prudents.	<input type="checkbox"/>	
	(5.04)	Vous faites confiance aux capacités et aptitudes des soignants de cette formation sanitaire.	<input type="checkbox"/>	
	(5.05)	Vous faites totalement confiance aux décisions du personnel de santé concernant le traitement médical dans cette formation sanitaire.	<input type="checkbox"/>	
	ACCORD 1	(5.06)	Les agents de santé dans cette formation sanitaire sont très accueillants et ouverts	<input type="checkbox"/>
	NI EN ACCORD NI EN DÉSACCORD 2	(5.07)	Les personnels de santé dans cette formation sanitaire sont faciles à aborder.	<input type="checkbox"/>
	DÉSACCORD 3	(5.08)	Le personnel soignants dans cette formation sanitaire s'occupent de la santé de vos enfants du moins autant que vous, sinon plus.	<input type="checkbox"/>
	NON APPLICABLE 4	(5.09)	Le personnel de santé de cette formation sanitaire agit différemment à l'égard des riches et des pauvres.	<input type="checkbox"/>
		(5.10)	En général, vous faites entièrement confiance aux soignants de cette formation sanitaire.	<input type="checkbox"/>

(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 cette maison ou ce 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. mur <input type="checkbox"/>
			Tôle 2	
			Tuiles 3	
			Chaume/paille 4	
			Autre à préciser 5	
		MUR	Brique cuite 1	b. Toit <input type="checkbox"/>
			Brique de terre 2	
			Brique en ciment ou beton 3	
			Pierres 4	
			Bois / bambou / contre plaquet 5	
			Paille 6	
			Terre battue 7	
			Tôle 5	
		SOL	Autre à préciser 5	c. Sol <input type="checkbox"/>
			Carreaux 1	
Ciment 2				
Terre battue 3				
Sable, sol naturel 4				
	Bois 5			
	Autre à préciser 7			
	(6.04)	Combien de pièces compte votre maison ? COMPTEZ TOUTES LES PIÈCES, SAUF CUISINE, TOILETTE ET SALLES DE BAINS	_ _	
	(6.05)	Combien de personnes vivent dans votre ménage ? ÉCRIRE LE NOMBRE TOTAL DANS CHAQUE CATÉGORIE.	a. Hommes âgés de 18 ans ou plus	_ _
			b. Femmes âgées de 18 ans ou plus	_ _
c. Enfants et adolescents âgés entre 5 et 17 ans			_ _	
d. Enfants âgés de moins de 5 ans			_ _	
e. Total			_ _	

(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/ machette	_ _
22	Groupe électrogène/	_ _
23	Panneau solaire	_ _
24	Batterie	_ _
25	Foyer amélioré / Four	_ _
26	Ordinateur	_ _
27	Cuisiniere	_ _
28	Rechaud à pétrole	_ _
29	Pirogue	_ _
30	Hors bord	_ _
31	Machine à laver	_ _
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 ?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="636 159 1166 233">OUI</td> <td data-bbox="1166 159 1328 233">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="636 233 1166 289">NON</td> <td data-bbox="1166 233 1328 289">2 ► FIN</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2 ► FIN	_		
OUI	1								
NON	2 ► FIN								
(7.02)	Avez-vous des Relais communautaires de sexe masculin et de sexe féminin dans votre communauté ?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="636 289 1166 338">Relais communautaires de sexe masculin uniquement</td> <td data-bbox="1166 289 1328 338">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="636 338 1166 394">Relais communautaires de sexe féminin uniquement</td> <td data-bbox="1166 338 1328 394">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="636 394 1166 457">Sexe masculin et féminin</td> <td data-bbox="1166 394 1328 457">3</td> </tr> </table>	Relais communautaires de sexe masculin uniquement	1	Relais communautaires de sexe féminin uniquement	2	Sexe masculin et féminin	3	_
Relais communautaires de sexe masculin uniquement	1								
Relais communautaires 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 ?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="636 457 1166 520">OUI</td> <td data-bbox="1166 457 1328 520">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="636 520 1166 583">NON</td> <td data-bbox="1166 520 1328 583">2</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2	_		
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 ?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="636 583 1166 646">OUI</td> <td data-bbox="1166 583 1328 646">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="636 646 1166 699">NON</td> <td data-bbox="1166 646 1328 699">2</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2	_		
OUI	1								
NON	2								
(7.05)	Au cours du dernier mois, avez-vous reçu un service d'un Agent de santé communautaire dans un autre endroit dans la communauté (sensibilisation, case de santé, domicile de l'Agent de santé communautaire) ?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="636 699 1166 772">OUI</td> <td data-bbox="1166 699 1328 772">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="636 772 1166 856">NON</td> <td data-bbox="1166 772 1328 856">2</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2	_		
OUI	1								
NON	2								
(7.06)	VÉRIFIER LES 3 QUESTIONS PRÉCÉDENTES POUR VOIR SI L'ENQUÊTÉ A UTILISÉ LES SERVICES D'UN AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE LE MOIS DERNIER	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="636 856 1166 909">OUI</td> <td data-bbox="1166 856 1328 909">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="636 909 1166 980">NON</td> <td data-bbox="1166 909 1328 980">2 ► (7.08)</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2 ► (7.08)	_		
OUI	1								
NON	2 ► (7.08)								

(7.07)	Quels services les Relais communautaires 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. Fournir les comprimés de fer / d'acide folique	<input type="checkbox"/>
		B. Fournir le vaccin antitétanique (VAT)	<input type="checkbox"/>
		C. Fournir les médicaments antipaludiques	<input type="checkbox"/>
		D. Informations sur les signes alarmants pendant la grossesse	<input type="checkbox"/>
		E. Conseil sur l'allaitement maternel exclusif	<input type="checkbox"/>
		F. Distribution de moustiquaires imprégnées	<input type="checkbox"/>
		G. Référence au centre de santé	<input type="checkbox"/>
		H. Référence au service de soins prénatals	<input type="checkbox"/>
		I. Référence pour accouchement en institution, à la maternité	<input type="checkbox"/>
		J. Référence au service de soins postnatals	<input type="checkbox"/>
		K. Référence à un service de conseils et Depistages volontaires VIH/SIDA / de prévention de transmission du VIH/SIDA de la mère et l'enfant	<input type="checkbox"/>
		L. Référence à un service de vaccination des enfants	<input type="checkbox"/>
		M. Conseils sur le planning familial	<input type="checkbox"/>
		N. Surveillance de la croissance de l'enfant / conseils sur la nutrition de l'enfant	<input type="checkbox"/>
		O. Conseils sur l'eau et les règles sanitaires	<input type="checkbox"/>
		P. Sessions d'Information, d'Éducation et de Communication portant sur d'autres sujets liés à la santé	<input type="checkbox"/>
Q. Distribution des anti-pyretiques	<input type="checkbox"/>		
R. Autre	<input type="checkbox"/>		
Spécifiez			
(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 communautaires rendent des services précieux dans ma communauté	<input type="checkbox"/>
		b. Les Relais communautaires offrent des services de bonne qualité dans ma communauté	<input type="checkbox"/>
(7.09)	Langue de l'entrevue	Français _____ 1 _____	<input type="checkbox"/>
		Lingala _____ 2 _____	
		Kikongo _____ 3 _____	
		Autre, à préciser _____ 97 _____	
RESULTAT DE L'INTERVIEW			
ENTIEREMENT REMPLI		1	<input type="checkbox"/>
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	
Commentaires de l'enquêteur à propos de l'entrevue			