



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

Haïti  
2015

IDENTIFIANT	
NUMÉRO DE L'AIRE DE DESSERTE	NUMÉRO DE MÉNAGE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## QUESTIONNAIRE MÉNAGE

EMPLACEMENT GÉOGRAPHIQUE			
Département	<input type="text"/>	Arrondissement	<input type="text"/>
Commune	<input type="text"/>	Section communale	<input type="text"/>
Localité	<input type="text"/>		
COORDONNÉES GPS DU LOGEMENT			
LATITUDE (NORD):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ALTITUDE (METRES): <input type="text"/>
LONGITUDE (EST):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

ENQUÊTEUR ET VISITES			LANGUE UTILISÉE		
NOM :	<input type="text"/>	CODE :	<input type="text"/>	... PAR L'ENQUÊTEUR ?	<input type="text"/>
				... PAR LE RÉPONDANT ?	<input type="text"/>
VISITE N°1 :	JOUR	MOIS	ANNÉE	Créole	01
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Français	02
VISITE N°2 :	JOUR	MOIS	ANNÉE		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
VISITE N°3 :	JOUR	MOIS	ANNÉE		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
RÉSULTAT DE L'ENTRETIEN :	<input type="text"/>				
ENTRETIEN RÉALISÉ			01		
PARTIELLEMENT COMPLÉTÉE			02		
LA PERSONNE INSCRITE A DÉCLINÉ L'ENTRETIEN			03		
MEMBRES DU MÉNAGE NON PRÉSENTS			04		
MÉNAGE VIDE			05		
ADRESSE DU DOMICILE INTROUVABLE			06		
CHEF DU MÉNAGE / AUTRE PERSONNE A REFUSÉ D'AUTORISER L'ENTRETIEN			07		
AUTRE, SPÉCIFIEZ :	<input type="text"/>		96		
SUPERVISEUR			UTILISATION D'UN TRADUCTEUR ?		<input type="text"/>
NOM :	<input type="text"/>	CODE :	<input type="text"/>	JAMAIS	1
				PARFOIS	2
				TOUJOURS	3
OPÉRATEUR CHARGÉ DE LA SAISIE DES DONNÉES			INFORMATIONS DE CONTRÔLE		
NOM :	<input type="text"/>	CODE :	<input type="text"/>	NOMBRE DE MEMBRES DU MÉNAGE	<input type="text"/>

CETTE PAGE EST DÉLIBÉRÉMENT LAISSÉE EN BLANC

CODE ID	ÉLIGIBILITÉ									
	(1.01)	(1.02)	(1.03)		(1.04)	(1.05)	(1.06)	(1.07)	(1.08)	(1.09)
	Veuillez me communiquer le nom des personnes qui vivent dans votre ménage.  INSCRIVEZ ICI LE PRÉNOM ET LE NOM DE FAMILLE  COMMENCEZ CETTE LISTE PAR LE CHEF DE MÉNAGE  NOM	SEXE  HOMME 01 FEMME 02	COPIEZ L'ÂGE DE (1.12) (SI <5 ANS, INDIQUEZ AUSSI NOMBRE DE MOIS)  ANNÉES MOIS	Entourez le code ID de tous les membres du ménage âgés de 12 ans et	Entourez le code ID de toutes les femmes de 15-49 ans	Entourez le code ID de toutes les femmes qui ont des enfants <5 ans	Entourez le code ID de tous les enfants de moins de 5 ans	Entourez le code ID de toutes les personnes de 5-24 ans		
01				01	01	01	01	01	01	01
02				02	02	02	02	02	02	02
03				03	03	03	03	03	03	03
04				04	04	04	04	04	04	04
05				05	05	05	05	05	05	05
06				06	06	06	06	06	06	06
07				07	07	07	07	07	07	07
08				08	08	08	08	08	08	08
09				09	09	09	09	09	09	09
10				10	10	10	10	10	10	10
11				11	11	11	11	11	11	11
12				12	12	12	12	12	12	12
13				13	13	13	13	13	13	13
14				14	14	14	14	14	14	14
15				15	15	15	15	15	15	15

CETTE PAGE EST DÉLIBÉRÉMENT LAISSÉE EN BLANC

# 10 Activités de la vie de tous les jours

OBJET : TOUS LES MEMBRES FÉMININS DU MÉNAGE ÂGÉS DE 15 À 49 ANS  
 RÉPONDANT : LUI-MÊME/ELLE-MÊME

	(10.01)	(10.02)	(10.03)	(10.04)	(10.05)	(10.06)
CODE ID	Si vous deviez porter une lourde charge, par exemple un seau d'eau, sur une distance de 20 mètres, pourriez-vous le faire aisément, avec quelques difficultés, avec beaucoup de difficulté ou pas du tout ?	Depuis combien de temps avez-vous eu des difficultés ou une incapacité pour porter une lourde charge ?	Pourquoi n'êtes-vous pas en mesure de porter une lourde charge ?	Si vous deviez faire 2h de marche à pied, pourriez-vous le faire aisément, avec quelques difficultés, avec beaucoup de difficulté ou pas du tout ?	Depuis combien de temps avez-vous eu des difficultés pour faire 2H de marche à pied ?	Pourquoi n'êtes-vous pas en mesure de faire 2H de marche à pied ?
	AISÉMENT 1	MOINS D'UNE SEMAINE 1	HANDICAPÉ(E) 01	AISÉMENT 1	MOINS D'UNE SEMAINE 01	HANDICAPÉ(E) 01
	▶ (10.04)		▶ SECTION SUIVANTE			▶ SECTION SUIVANTE
	AVEC DES DIFFICULTÉS 2	1 À 4 SEMAINES 2 1 À 6 MOIS 3	TROP FAIBLE 03 TROP MALADE 04	AVEC DES DIFFICULTÉS 2	1 À 4 SEMAINES 02 1 À 6 MOIS 03	TROP FAIBLE 03 TROP MALADE 04
	AVEC BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 3 IMPOSSIBLE DE LE FAIRE 4	PLUS DE 6 MOIS	TROP BLESSÉ(E) 05 AUTRE (SPÉCIFIEZ) 96	AVEC BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 3 IMPOSSIBLE DE LE FAIRE 4	PLUS DE 6 MOIS 04	TROP BLESSÉ(E) 05 AUTRE (SPÉCIFIEZ) 96
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

# 11 Santé mentale

OBJET : TOUS LES MEMBRES FÉMININS DU MÉNAGE ÂGÉS DE 15 À 49 ANS

RÉPONDANT : LUI-MÊME/ELLE-MÊME

CODE ID	(11.01)					(11.02)	(11.03)	(11.04)																																									
	A.	B.	C.	D.	E.																																												
	Maintenant, je vais vous lire cinq affirmations sur ce qu'une personne peut ressentir. Pour chacune de ces cinq affirmations, veuillez indiquer si, au cours des deux dernières semaines, vous avez éprouvé ce sentiment tout le temps, la plupart du temps, plus de la moitié du temps, moins de la moitié du temps, de temps en temps ou jamais.					Au cours des 12 derniers mois, avez-vous cherché à obtenir l'aide de professionnels de santé parce que vous vous sentiez triste, désespéré(e) ou anxieux(se) ?	Où avez-vous cherché à obtenir de l'aide ?	Prenez-vous actuellement des médicaments pour traiter une dépression ou de l'anxiété ?																																									
	<table border="0"> <tr><td>TOUT LE TEMPS</td><td>1</td></tr> <tr><td>LA PLUPART DU TEMPS</td><td>2</td></tr> <tr><td>PLUS DE LA MOITIÉ DU TEMPS</td><td>3</td></tr> <tr><td>MOINS DE LA MOITIÉ DU TEMPS</td><td>4</td></tr> <tr><td>DE TEMPS EN TEMPS</td><td>5</td></tr> <tr><td>JAMAIS</td><td>6</td></tr> </table>								TOUT LE TEMPS	1	LA PLUPART DU TEMPS	2	PLUS DE LA MOITIÉ DU TEMPS	3	MOINS DE LA MOITIÉ DU TEMPS	4	DE TEMPS EN TEMPS	5	JAMAIS	6	<table border="0"> <tr><td>HÔPITAL GOUVERNEMENTAL</td><td>01</td></tr> <tr><td>CLINIQUE GOUVERNEMENTALE</td><td>02</td></tr> <tr><td>DISPENSARE GOUVERNEMENTAL</td><td>03</td></tr> <tr><td>HÔPITAL PRIVÉ</td><td>04</td></tr> <tr><td>CLINIQUE PRIVÉE</td><td>05</td></tr> <tr><td>DISPENSARE PRIVÉ</td><td>06</td></tr> <tr><td>MÉDECIN PRIVÉ</td><td>07</td></tr> <tr><td>PHARMACIE</td><td>08</td></tr> <tr><td>CLINIQUE MOBILE</td><td>09</td></tr> <tr><td>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL</td><td>10</td></tr> <tr><td>GUÉRISSEUR PAR LA PRIÈRE/D'ÉGLISE</td><td>11</td></tr> <tr><td>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE</td><td>12</td></tr> <tr><td>AUTRE, SPÉCIFIEZ</td><td>96</td></tr> </table>	HÔPITAL GOUVERNEMENTAL	01	CLINIQUE GOUVERNEMENTALE	02	DISPENSARE GOUVERNEMENTAL	03	HÔPITAL PRIVÉ	04	CLINIQUE PRIVÉE	05	DISPENSARE PRIVÉ	06	MÉDECIN PRIVÉ	07	PHARMACIE	08	CLINIQUE MOBILE	09	GUÉRISSEUR TRADITIONNEL	10	GUÉRISSEUR PAR LA PRIÈRE/D'ÉGLISE	11	AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	12	AUTRE, SPÉCIFIEZ	96	<table border="0"> <tr><td>OUI</td><td>1</td></tr> <tr><td>NON</td><td>2</td></tr> </table>	OUI
TOUT LE TEMPS	1																																																
LA PLUPART DU TEMPS	2																																																
PLUS DE LA MOITIÉ DU TEMPS	3																																																
MOINS DE LA MOITIÉ DU TEMPS	4																																																
DE TEMPS EN TEMPS	5																																																
JAMAIS	6																																																
HÔPITAL GOUVERNEMENTAL	01																																																
CLINIQUE GOUVERNEMENTALE	02																																																
DISPENSARE GOUVERNEMENTAL	03																																																
HÔPITAL PRIVÉ	04																																																
CLINIQUE PRIVÉE	05																																																
DISPENSARE PRIVÉ	06																																																
MÉDECIN PRIVÉ	07																																																
PHARMACIE	08																																																
CLINIQUE MOBILE	09																																																
GUÉRISSEUR TRADITIONNEL	10																																																
GUÉRISSEUR PAR LA PRIÈRE/D'ÉGLISE	11																																																
AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	12																																																
AUTRE, SPÉCIFIEZ	96																																																
OUI	1																																																
NON	2																																																
	Je me suis sentie bien et de bonne humeur	Je me suis sentie calme et tranquille	Je me suis sentie pleine d'énergie et vigoureuse	Je me suis réveillée en me sentant fraîche et dispose	Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes	<table border="0"> <tr><td>OUI</td><td>1</td></tr> <tr><td>NON</td><td>2</td></tr> </table>	OUI	1	NON	2		<table border="0"> <tr><td>OUI</td><td>1</td></tr> <tr><td>NON</td><td>2</td></tr> </table>	OUI	1	NON	2																																	
OUI	1																																																
NON	2																																																
OUI	1																																																
NON	2																																																
01																																																	
02																																																	
03																																																	
07																																																	
08																																																	
09																																																	
13																																																	
14																																																	
15																																																	

# 12 Dossier Grossesse

OBJET : TOUS LES MEMBRES FÉMININS DU MÉNAGE ÂGÉS DE 15 À 49 ANS  
 RÉPONDANT : LUI-MÊME/ELLE-MÊME

CODE ID	(12.01)	(12.02)	(12.03)	(12.04)	(12.05)		(12.06)	(12.07)		(12.08)	(12.09)		(12.10)	(12.11)
	Avez-vous déjà été enceinte, y compris les grossesses qui se sont terminées par de fausses-couches, un avortement ou une naissance sans vie (bébé mort-né) ?	Êtes-vous enceinte en ce moment ?	De combien de mois êtes-vous enceinte ?	Avez-vous des enfants auxquels vous avez donné naissance et qui vivent aujourd'hui avec vous ?	A. Combien de fils vivent avec vous ?	B. Combien de filles vivent avec vous ?	Avez-vous des enfants auxquels vous avez donné naissance, qui sont encore en vie mais qui ne vivent pas aujourd'hui avec vous ?	A. Combien de fils vivent ailleurs ?	B. Combien de filles vivent ailleurs ?	Avez-vous déjà donné naissance à un enfant qui est né en vie mais qui est mort par la suite ? EN CAS DE RÉPONSE NÉGATIVE, APPROFONDISSEZ : Tout bébé qui pleurait ou montrait des signes de vie mais qui n'a pas survécu ?	A. Combien de fils sont morts ?	B. Combien de filles sont mortes ?	TOTALISEZ LES RÉPONSES À (12.05) (12.07) (12.09)	Veillez confirmer que le nombre total d'enfants auxquels vous avez donné naissance s'élève à... [NOMBRE EN QUESTION] (12.10) ]
	OUI 1 NON 2 ▶ SECTION SUIVANTE	OUI 1 NON 2 ▶ (12.04) PAS 3 ▶ (12.04) SÛR		OUI 1 NON 2 ▶ (12.06)		OUI 1 NO 2 ▶ (12.08)				OUI 1 NON 2 ▶ (12.10)			ENTREZ TOTAL ICI. S'IL N'Y EN A PAS EU, INSCRIVEZ 00.	OUI 1 NON 2  SI INCORRECT, APPROFONDISSEZ ET CORRIGEZ SUIVANT BESOIN
			MOIS		FILS	FILLES		FILS	FILLES		FILS	FILLES		
01														
02														
03														
07														
08														
09														
13														
14														
15														

## 12 Dossier Grossesse

CODE ID	(12.12)	(12.13)		(12.14)	(12.15)	(12.16)		(12.17)	(12.18)	(12.19)		(12.20)
	EST-CE QUE LE NOMBRE DE BÉBÉS NÉS EN VIE EN (12.10) AU MOINS UN?	Quand avez-vous donné naissance pour la dernière fois à un enfant en vie ?		Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par un enfant mort-né, c'est-à-dire une grossesse d'au moins 28 semaines mais dont le bébé est mort avant sa naissance ?	Combien de grossesses se sont-elles terminées par un enfant mort-né ?	Quand avez-vous eu pour la dernière fois un enfant mort-né ?		Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse couche ou un avortement, c'est-à-dire une grossesse de moins de 28 semaines ?	Combien de grossesses se sont-elles terminées par une fausse couche ou un avortement ?	Quand avez-vous eu pour la dernière fois une fausse couche ou un avortement ?		AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS, CETTE FEMME A-T-ELLE EU AU MOINS UN ENFANT VIVANT, UN ENFANT MORT-NÉ, UNE FAUSSE COUCHE OU UN AVORTEMENT ?  VÉRIFIEZ LES INFORMATIONS AUPRÈS DES CELLULES  (12.13) (12.16) (12.19)
	OUI 1 NON 2 ▶ (12.14)	MOIS (MM)	ANNÉE (AAAA)	OUI 1 NON 2 ▶ (12.17)	MOIS (MM)	ANNÉE (AAAA)	OUI 1 NON 2 ▶ (12.20)	NOMBRE	MOIS (MM)	ANNÉE (AAAA)	OUI 1 NON 2 ▶ SECTION 14	
01												
02												
03												
07												
08												
09												
13												
14												
15												

# 13 Soins prénatals et postnatals

**OBJET : FEMMES QUI ONT EU UN OU PLUSIEURS ENFANT(S) EN VIE, ENFANT(S) MORT(S)-NÉ(S), FAUSSE(S) COUCHE(S) OU AVORTEMENT(S) AU COURS DES 24 MOIS PRÉCÉDANT CET ENQUÊTEUR. DOIT LISTER LES GROSSESSES PAR ORDRE, DE LA PLUS RÉCENTE DANS LES 24 DERNIERS MOIS. LES NAISSANCES MULTIPLES SONT LISTÉES COMME UNE GROSSESSE. RÉPONDANT : LUI-MÊME/ELLE-MÊME**

		SOINS PRÉNATALS							
(13.01)	(13.01)a		(13.02)	(13.03)		(13.04)			
ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (12.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT DANS 24 DERNIERS MOIS.	ENQUÊTEUR: CONFIRMEZ LE NOMBRE TOTAL D'ENFANT VIVANT, ENFANT MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT DANS LES 24 DERNIERS MOIS.	NUMÉRO DE GROSSESSE	Maintenant, je vais vous poser quelques questions sur votre dernière grossesse/la grossesse précédente qui s'est terminée par un enfant vivant, un enfant mort-né, une fausse couche ou un avortement Avez-vous consulté un professionnel de santé ou un guérisseur traditionnel pour les soins prénatals lors de cette grossesse ?  EN CE QUI CONCERNE LES FEMMES DONT LA DERNIÈRE GROSSESSE S'EST TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE SANS VIE (MORT-NÉ), UNE FAUSSE COUCHE OU UN AVORTEMENT, LA DERNIÈRE GROSSESSE EST CELLE QUI S'EST TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE SANS VIE, UNE FAUSSE COUCHE OU UN AVORTEMENT	Pourquoi n'avez-vous pas consulté un professionnel de santé ou un guérisseur traditionnel pour les soins prénatals lors de cette grossesse ? INSCRIVEZ UN MAXIMUM DE 3 RAISONS  TROP CHER 01 TROP LOIN 02 TROP OCCUPÉ(E) (TRAVAIL, ENFANTS) 03 AUTO-TRAITEMENT 04 TROP TÔT LORS DE LA GROSSESSE 05 LA STRUCTURE DE CET ÉTABLISSEMENT EST MAUVAISE 06 L'ÉTABLISSEMENT A DES STOCKS INSUFFISANTS 07 MAUVAISE ATTITUDE DU PERSONNEL 08 MAUVAISES CONNAISSANCES DU PERSONNEL 09 MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS 10 SERVICE NON DISPONIBLE 11 PAS DE TRANSPORT 12 PAS EU BESOIN 13 HORAIRES PEU PRATIQUES 14 LONGUES ATTENTES 15 PRÉFÈRE LES SOINS À LA MAISON 16 MA FAMILLE NE VOULAIT PAS QUE J'Y AILLE 17 AUTRE (SPÉCIFIEZ) 96	Avez-vous essayé d'obtenir des soins prénatals mais le personnel de l'établissement vous a demandé de partir et de revenir un autre jour ?  ► (13.12)				
			OUI 1 ► (13.05)	NON 2		PREMIER	DEUXIÈME	TROISIÈME	OUI 1 NON 2
					1				
					2				
					3				
					1				
					2				
					3				
					1				
					2				
					3				
					1				
					2				

		3					
--	--	---	--	--	--	--	--

# 13 Soins prénatals et postnatals

ITRETIEN

SOINS PRÉNATALS							
(13.01)	(13.05)	(13.06)	(13.07)				
ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (12.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMEN T DANS 24 DERNIERS MOIS.	Quel type de professionnel avez-vous vu pour les soins prénatals lors de cette grossesse ?  S'IL Y A PLUS D'UN PROFESSIONNEL, INSCRIVEZ CELUI QUI SE TROUVE LE PLUS HAUT SUR LA LISTE.	Dans quel type d'établissement ou de lieu avez-vous vu ce professionnel de santé ?  S'IL Y EN A PLUS D'UN, INSCRIVEZ L'ÉTABLISSEMENT QUI CORRESPOND AU PROFESSIONNEL DE LA (13.05)	S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, CLINIQUE OU DISPENSAIRE, APPROFONDISSEZ POUR OBTENIR LE NOM DE CET ÉTABLISSEMENT ET INSCRIRE SON CODE  ENQUÊTEUR: LES INSTRUCTIONS CI-DESSOUS SONT POUR LA SAISIE DES DONNÉES UNIQUEMENT. N'ENTREZ PAS LES CODES 33333, 66666 OU 99999. ENTREZ LE CODE DE FORMATION SANITAIRE.				
	NUMÉRO DE GROSSESSE	DOCTEUR EN MÉDECINE	01	HÔPITAL GOUVERNEMENTAL	01	PAS UN CENTRE DE SANTÉ RÉEL (EX: CROIX-ROUGE)	33333
		INFIRMIÈRE / SAGE-FEMME	02	CLINIQUE GOUVERNEMENTALE	02	ENQUÊTEUR N'A PAS PU IDENTIFIER CENTRE DE SANTÉ	66666
		INFIRMIÈRE AUXILIAIRE/SAGE-FEMME	03	DISPENSAIRE GOUVERNEMENTAL	03	CENTRE DE SANTÉ EST EN DEHORS DE LA ZONE D'ÉTUDE	99999
		AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	04	HÔPITAL PRIVÉ	04		
		TECHNICIEN DE LABORATOIRE	05	CLINIQUE PRIVÉE	05		
		PHARMACIEN	06	DISPENSAIRE PRIVÉ	06		
		MATRONE	07	PHARMACIE	07 ► (13.08)		
				CLINIQUE MOBILE	08 ► (13.08)		
		GUÉRISSEUR TRADITIONNEL	08	DOMICILE DU PROFESSIONNEL	09 ► (13.08)		
		GUÉRISSEUR SPIRITUEL	09	DOMICILE PERSONNEL	10 ► (13.08)		
		VENDEUR DE MÉDICAMENTS	10	AUTRE DOMICILE	11 ► (13.08)		
				LIEU EN PLEIN AIR	12 ► (13.08)		
		AUTRE (SPÉCIFIEZ)	96	AUTRE (SPÉCIFIEZ)	96 ► (13.08)		
						NOM	CODE

	3			
--	---	--	--	--

### 13 Soins prénatals et postnatals

SOINS PRÉNATALS																							
(13.01)	(13.08)	(13.09)	(13.10)	(13.11)																			
ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (12.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT DANS 24 DERNIERS MOIS.	De combien de mois étiez-vous enceinte lorsque vous avez reçu les premiers soins prénatals pour cette grossesse ?	Combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals pour cette grossesse ?	De combien de mois étiez-vous enceinte lorsque vous avez reçu les derniers soins prénatals pour cette grossesse ?	Maintenant, j'aimerais vous poser des questions sur ce qui a peut-être été effectué lors des visites de soins prénatals pour votre dernière grossesse. Durant ces visites, l'élément décrit ci-dessous a-t-il été réalisé lors d'au moins une visite ?																			
	NUMÉRO DE GROSSESSE	SI UNE FOIS, INSCRIVEZ 1 PUIS ► (13.11)	ENQUÊTEUR ARRONDISSEZ AU MOIS	ENQUÊTEUR ARRONDISSEZ AU MOIS	ENQUÊTEUR ARRONDISSEZ AU MOIS	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	1	NON	2	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	H.	I.	J.	K.	L.
						OUI	1																
NON	2																						
NOMBRE DE MOIS	NOMBRE DE MOIS	NOMBRE DE MOIS	Vous a-t-on pesée ?	Vous a-t-on mesurée ?	A t-on mesuré votre pression artérielle ?	Avez-vous donné un échantillon d'urine ?	Avez-vous donné un échantillon de sang ?	Avez-vous programmé votre accouchement dans cet établissement ?	Le professionnel a-t-il palpé votre ventre ?	Le professionnel de santé a-t-il estimé la date de votre accouchement ?	Votre hauteur utérine a-t-elle été mesurée (cela se fait lorsque le professionnel mesure votre ventre en servant d'un mètre ruban) ?	Le professionnel de santé vous a-t-il demandé votre groupe sanguin et votre rhésus ?	Avez-vous reçu des conseils au sujet de votre régime alimentaire pendant votre grossesse ?	Avez-vous reçu des conseils sur ce qu'il faut faire en cas d'urgence ?									
1																							
2																							
3																							
1																							
2																							
3																							
1																							
2																							
3																							
1																							
2																							

	3																
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# 13 Soins prénatals et postnatals

(13.01)	SIDA, TÉTANOS					FER		PALUDISME																
	(13.12)	(13.13)	(13.14)	(13.15)	(13.16)	(13.17)	(13.18)	(13.19)	(13.20)					(13.21)					(13.22)					
	ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (12.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT DANS 24 DERNIERS MOIS.	NUMÉRO DE GROSSESSE	Pendant cette grossesse, vous a-t-on proposé des conseils et un test pour détecter le virus qui provoque le SIDA ?	Je ne vais pas vous demander le résultat, mais avez-vous été testée ?	Je ne vais pas vous demander le résultat, mais avez-vous reçu le résultat ?	Pendant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter que le bébé n'attrape le tétanos, c'est-à-dire qu'il n'ait des convulsions après la naissance ?	Combien de fois avez-vous reçu cette injection durant cette grossesse ?	Pendant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop de fer ?	Pendant cette grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris ces comprimés de fer ou ce sirop de fer ?	Pendant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter d'attraper le paludisme ?	Quels médicaments avez-vous pris ? (LISEZ CHACUN D'ENTRE EUX À HAUTE VOIX ET ENREGISTREZ LA RÉPONSE)					Où avez-vous obtenu ces médicaments ?					Combien de doses de chaque médicament avez-vous pris ?			
OUI 1	NON 2	OUI 1	NON 2	OUI 1	NON 2	OUI 1	NON 2	OUI 1	NON 2	A.	B.	C.	D.	E.	A.	B.	C.	D.	E.	A.	B.	C.	D.	E.
										Primaquine	Chloroquine			Autre, spécifiez	Primaquine	Chloroquine			Autre, spécifiez	Primaquine	Chloroquine			Autre, spécifiez



# 13 Soins prénatals et postnatals

(13.01)	ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (12.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMEN T DANS 24 DERNIERS MOIS.	RÉSULTAT DE GROSSESSE			ACCOUCHEMENT			(13.27)
		(13.23) Quand cette grossesse s'est-elle terminée?	(13.24) Quel a été le résultat de cette grossesse ?	(13.25) Lors de cette grossesse, qui a aidé lors de l'accouchement ?	(13.26) Où avez-vous accouché ?	(13.27) S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, CLINIQUE OI APPROFONDISSEZ POUR OBTENIR LE ÉTABLISSEMENT ET INSCRIRE SON CC		
NUMÉRO DE GROSSESSE	INSCRIVEZ LA DATE DE FIN DE LA GROSSESSE INDÉPENDAMMENT DU RÉSULTAT (NAISSANCE VIVANTE, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT). CODEZ QUELQUE ÉLÉMENT MANQUANT DE LA DATE PAR "DK".	DD	MM	AAAA	1	DOCTEUR EN MÉDECINE	01	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">▶ (13.29)</div>
					2	INFIRMIÈRE / SAGE-FEMME	02	
					3	INFIRMIÈRE AUXILIAIRE/SAGE-FEMME	03	
					4	AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	04	
					5	TECHNICIEN DE LABORATOIRE	05	
					6	PHARMACIEN	06	
					7	MATRONE	07	
					8	GUÉRISSEUR TRADITIONNEL	08	
					9	GUÉRISSEUR SPIRITUEL	09	
					10	VENDEUR DE MÉDICAMENTS	10	
					11	MEMBRE DE LA FAMILLE	11	
					12	AMI/VOISIN	12	
					13	PERSONNE	13	
96	AUTRE (SPÉCIFIEZ)	96	▶ (13.28)					
1							NOM	
2								
3								
1								
2								
3								
1								
2								
3								
1								
2								

	3							
--	---	--	--	--	--	--	--	--



U DISPENSAIRE, NOM DE CET )DE.
CODE (demander au superviseur)

### 13 Soins prénatals et postnatals

ACCOUCHEMENT																			
(13.01)	(13.28)	(13.29)	(13.30)	(13.31)			(13.32)												
ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (12.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT DANS 24 DERNIERS MOIS.	Pourquoi n'avez-vous pas accouché dans un établissement de santé formel pour cette grossesse ? INSCRIVEZ UN MAXIMUM DE 3 RAISONS	L'accouchement s'est-il fait par césarienne, a-t-on ouvert votre ventre pour en sortir le bébé ?	Ce ou ces nouveau-nés étaient-ils des garçons ou des filles ?			Ce ou ces nouveau-nés ont-ils été pesés à la naissance ?			Quel était le poids de ce ou ces nouveau-nés ?  INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES										
	TROP CHER 01		HOMME 01	OUI 1		(13.34)													
	TROP LOIN 02		FEMME 02	NON 2															
	TROP TARD LORS DE L'ACCOUCHEMENT 05			A.	B.	C.	A.	B.	C.	A.	B.	C.							
	LA STRUCTURE DE CET ÉTABLISSEMENT EST MAUVAISE 06			PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT	PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT	PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT							
	L'ÉTABLISSEMENT A DES STOCKS INSUFFISANTS 07																		
	MAUVAISE ATTITUDE DU PERSONNEL 08																		
	MAUVAISES CONNAISSANCES DU PERSONNEL 09																		
	MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS 10																		
	SERVICE NON DISPONIBLE 11																		
	PAS DE TRANSPORT 12																		
	PAS EU BESOIN 13																		
	HORAIRES PEU PRATIQUES 14																		
	LONGUE ATTENTE 15																		
	PRÉFÈRE L'ACCOUCHEMENT À LA MAISON 16																		
MA FAMILLE NE VOULAIT PAS QUE J'Y AILLE 17																			
AUTRE (SPÉCIFIEZ) 96																			
		OUI 1																	
	PREMIER	DEUXIÈME																	
			TROISIÈME	NON 2															
1																			
2																			
3																			
1																			
2																			
3																			
1																			
2																			
3																			
1																			
2																			



### 13 Soins prénatals et postnatals

(13.01)	ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (12.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT DANS 24 DERNIERS MOIS.	NUMÉRO DE GROSSESSE	CARACTÉRISTIQUES DU NOUVEAU-NÉ									ALLAITEMENT														
			(13.33)			(13.34)			(13.35)			(13.36)			(13.37)			(13.38)								
			CONFIRMEZ : LE POIDS EST-IL BASÉ SUR LA MÉMOIRE OU UNE CARTE DE SANTÉ ?			À la naissance, ce nouveau-né était-il très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?			Avez-vous allaité ce nouveau-né ?			Après la naissance de ce nouveau-né, au bout de combien de temps avez-vous commencé à l'allaiter ?			Durant les 3 premiers jours suivant l'accouchement, a-t-on donné au nouveau-né autre chose à boire que du lait maternel ?			Qu'a-t-on donné à boire à ce nouveau-né en dehors du lait maternel ? ENQUÊTEUR: INSCRIVEZ UN MAXIMUM DE 3 RÉPONSES.								
			TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5			OUI 1 NON 2 ▶ (13.40)			INSCRIVEZ RÉPONSE EN HEURES  SI LA DURÉE EST INFÉRIEURE À UNE HEURE, INSCRIVEZ 00			OUI 1 NON 2 ▶ (13.39)			LAIT (EN DEHORS DU LAIT MATERNEL) EAU SIMPLE EAU SUCRÉE/CONTENANT DU GLUCOSE SOLUTION EAU+SUCRE+SEL JUS DE FRUIT LAIT MATERNISÉ CALM THÉ/INFUSIONS MIEL CAFÉ AUTRE (SPÉCIFIEZ)											
			A.	B.	C.	A.	B.	C.	A.	B.	C.	A.	B.	C.	A.	B.	C.	A.			B.			C.		
			PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT	PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT	PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT	PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT	PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT	PREMIER ENFANT			DEUXIÈME ENFANT			TROISIÈME ENFANT		
																		1	2	3	1	2	3	1	2	3
1																										
2																										
3																										
1																										
2																										
3																										
1																										
2																										
3																										
1																										
2																										



# 13 Soins prénatals et postnatals

		ALLAITEMENT			SOINS POST-NATALS									
(13.01) ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (12.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMEN T DANS 24 DERNIERS MOIS.	NUMÉRO DE GROSSESSE	(13.39)			(13.40)	(13.41)	(13.42)	(13.43)						
		Pendant combien de mois l'avez-vous allaité ?			Après la naissance/la fausse couche, un professionnel de santé, une matrone ou un guérisseur a-t-il vérifié votre santé ?	A combien de contrôles post-natals vous êtes-vous rendue ou combien avez-vous reçus au cours des 2 premiers mois suivant la naissance/fausse couche ?	Combien de temps après la naissance/fausse couche avez-vous eu le premier contrôle post-natal ?	Qui a vérifié votre santé la première fois ?						
		INSCRIVEZ RÉSULTAT EN MOIS												
		SI LA DURÉE EST INFÉRIEURE À UN MOIS, INSCRIVEZ 00												
		ALLAITE ENCORE 98												
		A.	B.	C.										
		PREMIER ENFANT	DEUXIÈME ENFANT	TROISIÈME ENFANT										
		MOIS	MOIS	MOIS										
										OUI 1				
										NON 2				
			▶ (13.46)											
			INSCRIVEZ LA RÉPONSE EN JOURS. SI ELLE EST INFÉRIEURE À UN JOUR, INSCRIVEZ 00											
			JOURS											
1														
2														
3														
1														
2														
3														
1														
2														
3														
1														
2														

	3								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

# 13 Soins prénatals et postnatals

SOINS POST-NATALS								
(13.01)	(13.44)	(13.45)	(13.46)					
ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (12.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMEN T DANS 24 DERNIERS MOIS.	NUMÉRO DE GROSSESSE	Où ce contrôle a-t-il eu lieu ?	S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, CLINIQUE OU DISPENSARE, APPROFONDISSEZ POUR OBTENIR LE NOM DE CET ÉTABLISSEMENT ET INSCRIRE SON CODE.		Pourquoi n'avez-vous pas eu de contrôle post-natal dans une institution de santé formelle ou par du personnel de santé formel pour cette grossesse ?			
		HÔPITAL GOUVERNEMENTAL 01						TROP CHER 01
		CLINIQUE GOUVERNEMENTALE 02						TROP LOIN 02
		DISPENSARE GOUVERNEMENTAL 03						TROP OCCUPÉ(E) (TRAVAIL, ENFANTS) 03
		HÔPITAL PRIVÉ 04						AUTO-TRAITEMENT 04
		CLINIQUE PRIVÉE 05						PAS EU BESOIN 05
		DISPENSARE PRIVÉ 06						LA STRUCTURE DE CET ÉTABLISSEMENT EST MAUVAISE 06
		PHARMACIE 07 ► (13.46)						L'ÉTABLISSEMENT A DES STOCKS INSUFFISANTS 07
		CLINIQUE MOBILE 08 ► (13.46)						MAUVAISE ATTITUDE DU PERSONNEL 08
		DOMICILE DU PROFESSIONNEL 09 ► (13.46)						MAUVAISES CONNAISSANCES DU PERSONNEL 09
		DOMICILE PERSONNEL 10 ► (13.46)						MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS 10
		AUTRE DOMICILE 11 ► (13.46)						SERVICE NON DISPONIBLE 11
		LIEU EN PLEIN AIR 12 ► (13.46)						PAS DE TRANSPORT 12
AUTRE (SPÉCIFIEZ) 96 ► (13.46)	HORAIRES PEU PRATIQUES 13							
	LONGUES ATTENTES 14							
	PRÉFÈRE LES SOINS À LA MAISON 15							
	MA FAMILLE NE VOULAIT PAS QUE J'Y AILLE 16							
	AUTRE (SPÉCIFIEZ) 96							
			PREMIER	DEUXIÈME				
		NOM	CODE	TROISIÈME				
	1							
	2							
	3							
	1							
	2							
	3							
	1							
	2							
	3							
	1							
	2							

	3						
--	---	--	--	--	--	--	--

### 13 Soins prénatals et postnatals

(13.01)	NUMÉRO DE GROSSESSE	COMPRIMÉS/SIROP DE FER			VITAMINE A		
		(13.47)	(13.48)	(13.49)	(13.50)	(13.51)	(13.52)
ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (12.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT DANS 24 DERNIERS MOIS.		Après cette naissance/fausse couche, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer, du sirop de fer ou de l'acide folique ?	Qui vous a fourni la dose de fer ?	Combien de temps après la naissance/fausse couche avez-vous pris la première dose de fer ?	Pendant combien de jours après la naissance/fausse couche avez-vous pris ces comprimés de fer ou ce sirop de fer ?	Au cours des deux premiers mois suivant la naissance/fausse couche, avez-vous reçu une dose de vitamine A (comme celle-ci) ? MONTREZ LES AMPOULES/CAPSULES/SIROPS HABITUELS.	Qui vous a fourni la dose de vitamine A ?
			DOCTEUR EN MÉDECINE 01				DOCTEUR EN MÉDECINE 01
			INFIRMIÈRE / SAGE-FEMME 02				INFIRMIÈRE / SAGE-FEMME 02
			INFIRMIÈRE AUXILIAIRE/SAGE-FEMME 03				INFIRMIÈRE AUXILIAIRE/SAGE-FEMME 03
			AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 04				AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 04
			TECHNICIEN DE LABORATOIRE 05				TECHNICIEN DE LABORATOIRE 05
			PHARMACIEN 06				PHARMACIEN 06
			GUÉRISSEUR TRADITIONNEL 07				GUÉRISSEUR TRADITIONNEL 07
			MATRONE 08				MATRONE 08
			GUÉRISSEUR SPIRITUEL 09	INSCRIVEZ LA RÉPONSE EN JOURS			GUÉRISSEUR SPIRITUEL 09
			VENDEUR DE MÉDICAMENTS 10				VENDEUR DE MÉDICAMENTS 10
		OUI 1	MEMBRE DE LA FAMILLE 11				MEMBRE DE LA FAMILLE 11
		NON 2	AMI/VOISIN 12				AMI/VOISIN 12
	▶ (13.51)	AUTRE (SPÉCIFIEZ) 96				AUTRE (SPÉCIFIEZ) 96	
				NOMBRE DE JOURS			
				JOURS			
	1						
	2						
	3						
	1						
	2						
	3						
	1						
	2						
	3						
	1						
	2						

	3						
--	---	--	--	--	--	--	--

### 13 Soins prénatals et postnatals

(13.01) ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (12.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT DANS 24 DERNIERS MOIS.	NUMÉRO DE GROSSESSE	DÉCÈS		PRÉSENCE DANS LE MÉNAGE			NOURRITURE DES DERNIÈRES 24 HEURES																																																							
		(13.53) ENQUÊTEUR: POUR PREMIER ENFANT L'enfant est-il toujours en vie ?	(13.54) ENQUÊTEUR: POUR PREMIER ENFANT SEULEMENT Quel âge avait cet enfant lors de son décès ?	(13.55) ENQUÊTEUR: POUR PREMIER ENFANT SEULEMENT Cet enfant vit-il toujours avec vous ?	(13.56) ENQUÊTEUR: POUR PREMIER ENFANT SEULEMENT ENQUÊTEUR: INSCRIVEZ LE CODE INDIVIDUEL D'IDENTIFICATION DE CET ENFANT EN CONSULTANT LA LISTE	(13.57) ENQUÊTEUR: POUR PREMIER ENFANT ENQUÊTEUR: UNIQUEMENT POUR ENFANT QUI N'EST PAS MEMBRE DE CE MÉNAGE  Quel âge avait cet enfant lors de son dernier anniversaire ?  ENQUÊTEUR: INSCRIVEZ L'ÂGE EN MOIS	(13.58) ENQUÊTEUR: POUR PREMIER ENFANT SEULEMENT Au cours des dernières 24 heures, avez-vous donné à cet enfant l'un des produits suivants ?																																																							
		OUI 1 ▶ (13.55) NON 2	ENQUÊTEUR: INSCRIVEZ LA RÉPONSE EN MOIS  SI LA DURÉE EST INFÉRIEURE À UN MOIS, INSCRIVEZ 00 ▶ <b>NAISSANCE SUIVANTE OU (13.59) SI NAISSANCE MULTIPLE</b>	OUI 1 NON 2 ▶ (13.57)			<table border="1"> <tr> <td colspan="2">OUI</td> <td>1</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NON</td> <td>2</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td>F</td><td>G</td><td>H</td><td>I</td><td>J</td><td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>SUPPLÉMENTS EN VITAMINES</td> <td>EAU SIMPLE</td> <td>EAU SUCRÉE/JUS DE FRUIT</td> <td>SOLUTION DE RÉHYDRATATION PAR VOIE ORALE (SRO)</td> <td>LAIT MATERNISÉ</td> <td>LAIT MATERNEL</td> <td>LAIT AUTRE QUE LAIT MATERNEL</td> <td>AUTRES LIQUIDES</td> <td>ALIMENTS SOLIDES</td> <td>BOUILLIE</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>										OUI		1									NON		2									A	B	C	D	E	F	G	H	I	J			SUPPLÉMENTS EN VITAMINES	EAU SIMPLE	EAU SUCRÉE/JUS DE FRUIT	SOLUTION DE RÉHYDRATATION PAR VOIE ORALE (SRO)	LAIT MATERNISÉ	LAIT MATERNEL	LAIT AUTRE QUE LAIT MATERNEL	AUTRES LIQUIDES	ALIMENTS SOLIDES	BOUILLIE		
OUI		1																																																												
NON		2																																																												
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J																																																					
SUPPLÉMENTS EN VITAMINES	EAU SIMPLE	EAU SUCRÉE/JUS DE FRUIT	SOLUTION DE RÉHYDRATATION PAR VOIE ORALE (SRO)	LAIT MATERNISÉ	LAIT MATERNEL	LAIT AUTRE QUE LAIT MATERNEL	AUTRES LIQUIDES	ALIMENTS SOLIDES	BOUILLIE																																																					
	1																																																													
	2																																																													
	3																																																													
	1																																																													
	2																																																													
	3																																																													
	1																																																													
	2																																																													
	3																																																													
	1																																																													
	2																																																													



# 13 Soins prénatals et postnatals

(13.01)	INTERVIEWER: CHECK (13.24). IF MULTIPLE BIRTH, ASK QUESTIONS FOR SECOND CHILD, AND THIRD CHILD IF APPLICABLE	DÉCÈS		PRÉSENCE DANS LE MÉNAGE			NOURRITURE DES DERNIÈRES 24 HEURES														
		(13.59) ENQUÊTEUR: POUR DEUXIÈME ENFANT L'enfant est-il toujours en vie ?	(13.60) ENQUÊTEUR: POUR DEUXIÈME ENFANT SEULEMENT Quel âge avait cet enfant lors de son décès ?	(13.61) ENQUÊTEUR: POUR DEUXIÈME ENFANT SEULEMENT Cet enfant vit-il toujours avec vous ?	(13.62) ENQUÊTEUR: POUR DEUXIÈME ENFANT SEULEMENT ENQUÊTEUR: INSCRIVEZ LE CODE INDIVIDUEL D'IDENTIFICATION DE CET ENFANT EN CONSULTANT LA LISTE	(13.63) ENQUÊTEUR: POUR DEUXIÈME ENFANT UNIQUEMENT POUR ENFANT QUI N'EST PAS MEMBRE DE CE MÉNAGE  Quel âge avait cet enfant lors de son dernier anniversaire ?	(13.64) ENQUÊTEUR: POUR DEUXIÈME ENFANT SEULEMENT  Au cours des dernières 24 heures, avez-vous donné à cet enfant l'un des produits suivants ?														
ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (12.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMEN T DANS 24 DERNIERS MOIS.	NUMÉRO DE GROSSESSE	OUI 1 ▶ (13.61)	ENQUÊTEUR: INSCRIVEZ LA RÉPONSE EN MOIS	OUI 1 NON 2 ▶ (13.63)	▶ (13.64)	ENQUÊTEUR: INSCRIVEZ L'ÂGE EN MOIS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">OUI 1</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">NON 2</td> </tr> </table>										OUI 1		NON 2		
		OUI 1		NON 2																	
NON 2	SI LA DURÉE EST INFÉRIEURE À UN MOIS, INSCRIVEZ ▶ NEXT BIRTH OR ▶ (13.65) IF MULTIPLE BIRTH																				
	1																				
	2																				
	3																				
	1																				
	2																				
	3																				
	1																				
	2																				
	3																				
	1																				
	2																				

3																	
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# 13 Soins prénatals et postnatals

		DÉCÈS		PRÉSENCE DANS LE MÉNAGE			NOURRITURE DES DERNIÈRES 24 HEURES																						
		(13.65)	(13.66)	(13.67)	(13.68)	(13.69)	(13.70)	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J												
(13.01) ENQUÊTEUR : COPIEZ LE CODE ID POUR FEMME AYANT RÉPONDU OUI À (12.20) CÂD. FEMME AVEC AU MOINS UN ENFANT VIVANT, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMEN T DANS 24 DERNIERS MOIS.	NUMÉRO DE GROSSESSE	ENQUÊTEUR: POUR TROISIÈME ENFANT L'enfant est-il toujours en vie ?  OUI 1 ► (13.67) NON 2	ENQUÊTEUR: POUR TROISIÈME ENFANT SEULEMENT Quel âge avait cet enfant lors de son décès ?  ENQUÊTEUR: INSCRIVEZ LA RÉPONSE EN MOIS  SI LA DURÉE EST INFÉRIEURE À UN MOIS, INSCRIVEZ 00  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">► NAISSANCE SUIVANTE</div>	ENQUÊTEUR: POUR TROISIÈME ENFANT SEULEMENT Cet enfant vit-il toujours avec vous ?  OUI 1 NON 2 ► (13.69)	ENQUÊTEUR: POUR TROISIÈME ENFANT SEULEMENT ENQUÊTEUR: INSCRIVEZ LE CODE INDIVIDUEL D'IDENTIFICATION DE CET ENFANT EN CONSULTANT LA LISTE  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">► (13.70)</div>	ENQUÊTEUR: POUR TROISIÈME ENFANT ENQUÊTEUR: UNIQUEMENT POUR ENFANT QUI N'EST PAS MEMBRE DE CE MÉNAGE  Quel âge avait cet enfant lors de son dernier anniversaire ?  ENQUÊTEUR: INSCRIVEZ L'ÂGE EN MOIS	ENQUÊTEUR: POUR TROISIÈME ENFANT SEULEMENT  Au cours des dernières 24 heures, avez-vous donné à cet enfant l'un des produits suivants ?  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">OUI</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">NON</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">2</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2																		
OUI	1																												
NON	2																												
	1																												
	2																												
	3																												
	1																												
	2																												
	3																												
	1																												
	2																												
	3																												
	1																												
	2																												

3													
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# 14 Santé de la reproduction (femme)

OBJET : TOUS LES MEMBRES FÉMININS DU MÉNAGE ÂGÉS DE 15 À 49 ANS  
 RÉPONDANT : LUI-MÊME/ELLE-MÊME

CODE ID	(14.01)	(14.02)	(14.03)	(14.04)	(14.05)	(14.06)	(14.07)	(14.08)	(14.09)
		ENQUÊTEUR : VÉRIFIEZ LA QUESTION (12.02)  LA FEMME EST-ELLE ACTUELLEMENT ENCEINTE ?	Lorsque vous êtes tombée enceinte, voulez-vous tomber enceinte, voulez-vous tomber enceinte plus tard ou voulez-vous ne pas avoir ou ne plus avoir d'enfants du tout ?  <div style="text-align: right;">▶ (14.10)</div>	Si vous pouviez choisir vous-même, combien de temps attendriez-vous avant la naissance de votre prochain enfant ?  NE VEUT PAS ATTENDRE 1 MOINS DE 2 ANS 2 PLUS DE 2 ANS 3 N'EN VEUT PAS D'AUTRES 4 N'A PAS ENCORE DÉCIDÉ 5 INFERTILE 6 <div style="text-align: right;">▶ (15.01)</div>	Durant les semaines à venir, si vous découvriez que vous êtes enceinte, serait-ce un gros problème, un petit problème ou pas du tout un problème pour vous ?  GROS PROBLÈME 1 PETIT PROBLÈME 2 PAS DE PROBLÈME 3 NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 4	Êtes-vous pour ou contre les couples qui emploient des méthodes contraceptives pour éviter les grossesses ?  POUR 1 CONTRE 2	A l'heure actuelle, avez-vous un partenaire sexuel ?  OUI 1 NON 2 <div style="text-align: right;">▶ (14.10)</div>	Pensez-vous que votre partenaire est pour ou contre les couples qui emploient des méthodes contraceptives pour éviter les grossesses ?  POUR 1 CONTRE 2	Au cours des six derniers mois, combien de fois avez-vous parlé à votre partenaire au sujet du planning familial/de l'emploi de contraceptifs ?  JAMAIS 1 UNE OU DEUX FOIS 2 PLUS DE DEUX FOIS 3
01									
02									
03									
07									
08									
09									
13									
14									
15									

## 14 Santé de la reproduction (femme)

CODE ID	(14.10)	(14.11)	(14.12)	(14.13)	(14.14)
		À l'heure actuelle, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder la grossesse ou éviter de tomber enceinte ?	À l'heure actuelle, pourquoi n'utilisez-vous pas une méthode pour retarder la grossesse ou éviter de tomber enceinte ?	Avez-vous déjà utilisé une méthode pour retarder la grossesse ou éviter de tomber enceinte ?	Quelle est la méthode que vous utilisez actuellement ? S'IL Y A PLUS D'UNE MÉTHODE, INDIQUEZ CELLE QUI SE SITUE LE PLUS HAUT SUR LA LISTE
		AIMERAIT TOMBER ENCEINTE 01		STÉRILISATION FÉMININE 01 ► (14.18)	DOCTEUR EN MÉDECINE 01
		EST CONTRE 02	► (14.18)	STÉRILISATION MASCULINE 02 ► (14.18)	INFIRMIÈRE / SAGE-FEMME 02
		LE PARTENAIRE EST CONTRE 03		DIU/SPIRALE 03	INFIRMIÈRE AUXILIAIRE/SAGE-FEMME 03
		LA FAMILLE EST CONTRE 04		INJECTABLES/DEPOPROVERA 04	AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 04
		PAS DISPONIBLE 05		IMPLANTS/NORPLANT 05	TECHNICIEN DE LABORATOIRE 05
		TROP CHER 06		PILULE 06	PHARMACIEN 06
	OUI 1 ► (14.13)	PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 07	OUI 1	PRÉSERVATIF MASCULIN 07	GUÉRISSEUR TRADITIONNEL 07
	NON 2	NE CONNAIT AUCUNE MÉTHODE 08	NON 2	PRÉSERVATIF FÉMININ 08	GUÉRISSEUR SPIRITUEL 09
		AMÉNORRHÉE LACTATIONNELLE 09		DIAPHRAGME 09	VENDEUR DE MÉDICAMENTS 10
		A SUBI HYSTÉRECTOMIE 10		MOUSSE/GEL 10	AUTRE MAGASIN 11
		EST MÉNOPAUSÉE 11		MÉTHODE D'AMÉNORRHÉE 11 ► (14.18)	MEMBRE DE LA FAMILLE 12
		EST INFÉCONDE 12		LACTATIONNELLE 12 ► (14.18)	AMI/VOISIN 13
		AUTRE (SPÉCIFIEZ) 96		RETRAIT 13 ► (14.18)	AUTRE (SPÉCIFIEZ) 96
				AUTRE MÉTHODE MODERNE, SPÉCIFIEZ 14	
				AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE, SPÉCIFIEZ 15	
					► (15.01)
01					
02					
03					
07					
08					
09					
13					
14					
15					

## 14 Santé de la reproduction (femme)

CODE ID	(14.15)	(14.16)		(14.17)	(14.18)							
	Où avez-vous obtenu la méthode actuelle lors de votre dernier réapprovisionnement ?	Depuis combien de temps utilisez-vous la méthode actuelle ?		Combien avez-vous payé votre dernier réapprovisionnement ?	L'une des personnes suivantes vous a-t-elle parlé des méthodes de planning familial ?							
	DOCTEUR EN MÉDECINE 01 INFIRMIÈRE / SAGE-FEMME 02 INFIRMIÈRE AUXILIAIRE/SAGE-FEMME 03 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 04 TECHNICIEN DE LABORATOIRE 05 PHARMACIEN 06 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL 07 MATRONE 08 GUÉRISSEUR SPIRITUEL 09 VENDEUR DE MÉDICAMENTS 10 AUTRE MAGASIN 11 MEMBRE DE LA FAMILLE 12 AMI/VOISIN 13 N'A JAMAIS EU DE RÉAPPROVISIONNEMENT 14 AUTRE (SPÉCIFIEZ) 96	INSCRIVEZ LES ANNÉES S'IL Y A PLUS DE 12 MOIS OU LES MOIS S'IL Y A MOINS DE 12 MOIS.			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">OUI 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">NON 2</td> </tr> </table>					OUI 1		NON 2
	OUI 1											
	NON 2											
		ANNÉES	MOIS	DEVISE	A Professionnel de santé dans l'établissement de santé	B Agent de santé communautaire	C Amis/Famille	D Autre (spécifiez)				
01												
02												
03												
07												
08												
09												
13												
14												
15												

# 15 Vaccination

OBJET : ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS  
 RÉPONDANT : MÈRE OU PRINCIPAL SOIGNANT  
 DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

(15.01) CONFIRMEZ LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS EN VIE ÂGÉS DE 0 À 5 ANS :

CODE ID	(15.02)	(15.03)	(15.04)																																			
	INSCRIVEZ LE CODE DU SOIGNANT PRINCIPAL	Avez-vous une carte pour les moins de 5 ans sur laquelle les vaccinations de [NOM] sont SI OUI, INSCRIVEZ SI VOUS VOYEZ OU NON CETTE CARTE.	ENQUÊTEUR: RECOPIEZ LA DATE DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN FIGURANT SUR CETTE CARTE * SI LE VACCIN A ÉTÉ RECU ET LA DATE INSCRITE, INSCRIVEZ COMME SUIT: INSCRIVEZ LE JOUR AVEC DEUX CHIFFRES JJ (PLAGE ALLANT DE 01 À 31) INSCRIVEZ LE MOIS AVEC DEUX CHIFFRES MM (PLAGE ALLANT DE 01 À 12) INSCRIVEZ L'ANNÉE AVEC DEUX CHIFFRES AA (PLAGE ALLANT DE XX À XX) CODEZ TOUT ÉLÉMENT MANQUANT DE LA DATE PAR "DK" SI LA DATE N'INCLUT PAS JJ OU MM OU AA. * SI LE VACCIN A ÉTÉ RECU MAIS LA DATE NON INSCRITE, INSCRIVEZ "44" DANS LA COLONNE JOUR. * SI LE VACCIN N'A PAS ÉTÉ RECU DU TOUT, INSCRIVEZ "00" DANS LA COLONNE JOUR.  TOUTES LES COLONNES DE VACCIN DOIVENT ÊTRE REMPLIES.																																			
		OUI, VU	1	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	H.	I.	J.	K.																								
		NON	3	BCG	OPV0			OPV1			OPV2			OPV3			DTP 1			DTP 2			DTP 3			Pentavalent 1			Pentavalent 2			Pentavalent 3						
CODE ID			JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE
01																																						
02																																						
03																																						
07																																						
08																																						
09																																						
13																																						
14																																						
15																																						

# 15 Vaccination

<b>CODE ID</b>	(15.04) continued									(15.05)		
	ENQUÊTEUR: RECOPIEZ LA DATE DE VACCINATION * SI LE VACCIN A ÉTÉ RECU ET LA DATE INSCRITE, INSCRIVEZ LE JOUR AVEC DEUX CHIFFRES, LE MOIS AVEC DEUX CHIFFRES ET L'ANNÉE AVEC DEUX CHIFFRES. CODEZ TOUT ÉLÉMENT MANQUANT DE LA DATE. * SI LE VACCIN A ÉTÉ RECU MAIS LA DATE NON INSCRITE, INSCRIVEZ '66' POUR LA DATE. * SI LE VACCIN N'A PAS ÉTÉ RECU DU TOUT, INSCRIVEZ '00' POUR LA DATE. TOUTES LES COLONNES DE VACCIN DOIVENT ÊTRE COMPLÉTES.									[NOM] a-t-il été vacciné ou a reçu de la vitamine A, pas mentionné sur cette carte, y compris les vaccinations faites lors d'une journée nationale de l'immunisation ou dans le cadre d'une semaine de la santé des enfants ?		
										OUI 1 ► PROBE FOR VACCINATIONS AND WRITE '66' IN THE CORRESPONDING DAY IN (15.04). THEN ► NEXT CHILD		
	L. ROUGEOLE			M. VITAMINE A - première			N. VITAMINE A - deuxième					
JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	NON 2 ► ENFANT SUIVANT			
01												
02												
03												
07												
08												
09												
13												
14												
15												

## 15 Vaccination

CODE ID	(15.06)	(15.07)	(15.08)	(15.09)	(15.10)	(15.11)	(15.12)	(15.13)
	Avez-vous déjà eu une carte pour les moins de 5 ans sur laquelle les vaccinations de [NOM] sont inscrites ?	[NOM] a-t-il/elle déjà été vacciné(e) pour éviter certaines maladies, y compris les vaccins faits lors d'une journée nationale de l'immunisation ou dans le cadre d'une semaine de la santé des enfants ?	[NOM] a-t-il/elle reçu la vaccination BCG contre la tuberculose, sous la forme d'une injection dans l'avant-bras qui laisse en général une cicatrice ?	[NOM] a-t-il/elle été vacciné(e) contre la polio, sous la forme de gouttes versées dans la bouche ?	Quand [NOM] a-t-il/elle été vacciné(e) contre la polio pour la première fois ?	Combien de fois le vaccin contre la polio a-t-il été fait ?	[NOM] a-t-il/elle été vacciné(e) contre la DPT, sous la forme d'une injection se faisant dans la cuisse, en général en même temps que le vaccin contre la polio ?	Combien de fois le vaccin contre la DPT a-t-il été fait ?
	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2 ▶ (15.18)	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2 ▶ (15.12)	JUSTE APRÈS 01 LA NAISSANCE  PLUS TARD 02		OUI 1 NON 2 ▶ (15.14)	
						NBRE DE FOIS		NBRE DE FOIS
01								
02								
03								
07								
08								
09								
13								
14								
15								

## 15 Vaccination

CODE ID	(15.14)	(15.15)	(15.16)	(15.17)	(15.18)	(15.19)	(15.20)	(15.21)
	[NOM] a-t-il/elle reçu une injection contre la rougeole ou une injection ROR, c'est-à-dire une injection dans le bras à l'âge de 9 mois ou plus tard, pour éviter qu'[IL / ELLE] n'attrape la rougeole ?	[NOM] a-t-il/elle reçu ce vaccin contre la rougeole avant ou après son premier anniversaire ?	[NOM] a-t-il/elle déjà reçu la vaccination Hib contre la pneumonie et la méningite, à savoir une injection dans la cuisse ou le bras ?	Combien de fois le vaccin Hib a-t-il été administré ?	[NOM] a-t-il/elle reçu un supplément de vitamine A lors d'une journée nationale de l'immunisation ou dans le cadre d'une semaine de la santé des enfants ?	Comment ce supplément a-t-il été fourni ?	Quand ce supplément de vitamine A a-t-il été fourni pour la dernière fois ?	Au cours des 6 derniers mois, combien de suppléments de vitamine A cet enfant a-t-il reçu ?
	OUI 1 NON 2 ▶ (15.16)	AVANT 01 APRÈS 02	OUI 1 NON 2 ▶ (15.18)	NBRE DE FOIS	OUI 1 NON 2 ▶ ENFANT SUIVANT	CAPSULE BLEUE/ROUGE AVALÉE EN UNE SEULE FOIS 01 CAPSULE DÉCOUPÉE AUX CISEAUX 02 CAPSULE DÉCOUPÉE AVEC UNE LAME 03 CAPSULE PERCÉE À L'AIDE D'UNE AIGUILLE 04 AUTRE (SPÉCIFIEZ) 96	IL Y A 6 MOIS OU MOINS 01 IL Y A PLUS DE 6 MOIS 02	NOMBRE
01								
02								
03								
07								
08								
09								
13								
14								
15								

## 16 Taille et poids

OBJETS : TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ET TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS

RÉPONDANT : MÈRE OU SOIGNANT PRINCIPAL DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS, ELLES-MEMES POUR FEMMES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS

CODE ID	(16.01)		(16.02)	(16.03)	(16.04)		(16.05)	(16.06)			(16.07)		(16.08)	(16.09)
	INSCRIVEZ L'ÂGE DE CHAQUE PERSONNE, À PARTIR DE LA SECTION 1		[NOM] a-t-il/elle dormi à la maison la nuit dernière?	Au cours des six derniers mois, a-t-on mesuré [NOM] pour déterminer son état sur le plan nutritionnel ?	Quelle a été la date des dernières mesures ?		Lors des dernières mesures, quelle a été la méthode employée pour déterminer l'état nutritionnel de [NOM] ?	Lors des dernières mesures, où a-t-on mesuré [NOM] ?			Quel a été le résultat des dernières mesures ?		Avez-vous obtenu des soins spécialisés pour traiter la malnutrition de [NOM] après les dernières mesures ?	Où avez-vous obtenu les soins pour traiter la malnutrition de [NOM] ?
	SI LA FEMME EST ÂGÉE DE 15 À 49 ANS, PASSEZ À (16.11)													
	A.	B.					Taille uniquement	Poids uniquement	Taille/Poids	Circonférence du bras				
	ANNÉES	MOIS				MM	AAAA							
01														
02														
03														
07														
08														
09														
13														
14														
15														

## 16 Taille et poids

CODE ID	(16.10) L'un des éléments suivants a-t-il été fourni pour traiter la malnutrition de [NOM] ?  LISEZ À HAUTE VOIX CHAQUE OPTION ET INSCRIVEZ OUI OU NON						(16.11) LISEZ À HAUTE VOIX LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ANTHROPOMÉTRIQUE À TOUTES LES FEMMES DE 15 À 49 ANS		(16.12) INSCRIVEZ LA DATE DES MESURES			(16.13) INSCRIVEZ LA TAILLE EN CENTIMÈTRES			(16.14) INSCRIVEZ LA MÉTHODE DE MESURE DE LA TAILLE		(16.15) INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES			(16.16) INSCRIVEZ LA CIRCONFÉRENCE DU BRAS EN CENTIMÈTRES									
	Vitamine A	Conseils sur la nutrition	Réhabilitation en nutrition	Autres vitamines et micronutriments	Référé(e) à un niveau supérieur	Autre	MESURÉ	01	PAS PRÉSENT(E)	02	TROP MALADE OU HANDICAPÉ(E)	03	REFUSÉ	04	AUTRE (SPÉCIFIEZ)	96	PERSONNE SUIVANTE	E	MM	DD	AAAA	CENTIMÈTRES	DEBOUT	01	COUCHÉ(E)	02	KILOGRAMMES	CENTIMÈTRES	
01																													
02																													
03																													
07																													
08																													
09																													
13																													
14																													
15																													

## 18 Utilisation du service de Agent de Santé Communautaire et satisfaction

OBJETS : TOUTES LES FEMMES DE 15 À 49 ANS

RÉPONDANT : LUI-MÊME/ELLE-MÊME

CODE ID	(18.01)	(18.02)										
	Au cours des trois derniers mois, avez-vous rencontré un Agent de Santé Communautaire chez vous ou dans la communauté ?	Cet Agent de Santé Communautaire vous a-t-il/elle fourni les services suivants ?										
		INSCRIVEZ LES CODES OUI OU NON POUR CHAQUE SERVICE CI-DESSOUS										
		OUI		NON								
		1		2								
		A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	H.	I.	J.	K.
		Référence au service de soins prénatals	Référence pour accouchement en institution	Référence au service de soins postnatals	Référence à un service de conseils et tests volontaires VIH/SIDA / de prévention de transmission du VIH/SIDA entre la mère et l'enfant	Référence à un service de vaccination des enfants	Conseils sur le VIH/SIDA	Conseils sur le planning familial	Surveillance de la croissance de l'enfant / conseils sur la nutrition de l'enfant	Conseils sur l'eau et les règles sanitaires	Distribution de préservatifs	Sessions d'Information, d'Éducation et de Communication portant sur d'autres sujets liés à la santé
	OUI, À LA MAISON 1											
	OUI, DANS LA COMMUNAUTÉ 2											
	OUI, À LA MAISON ET DANS LA COMMUNAUTÉ 3											
	NON 4											
	► PERSONNE SUIVANTE											
01												
02												
03												
07												
08												
09												
13												
14												
15												

## 18 Utilisation du service de Agent de Santé Communautaire et satisfaction

CODE ID	(18.03)	(18.04)	(18.05)							(18.06)	(18.07)										
	La dernière fois que vous avez rencontré un Agent de Santé Communautaire, avez-vous payé pour des services ou des conseils ?	Combien ?	Quel est votre niveau de satisfaction pour les éléments suivants ? <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">TRÈS INSATISFAIT(E)</td><td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: right;">1</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">INSATISFAIT(E)</td><td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: right;">2</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">SATISFAIT(E)</td><td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: right;">3</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">TRÈS SATISFAIT(E)</td><td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: right;">4</td></tr> </table>							TRÈS INSATISFAIT(E)	1	INSATISFAIT(E)	2	SATISFAIT(E)	3	TRÈS SATISFAIT(E)	4	Recommanderiez-vous des Agents de Santé Communautaire à d'autres femmes ou familles ?	Pourquoi ne les recommanderiez-vous pas ?  INSCRIVEZ UN MAXIMUM DE 3 RAISONS		
										TRÈS INSATISFAIT(E)	1										
										INSATISFAIT(E)	2										
SATISFAIT(E)	3																				
TRÈS SATISFAIT(E)	4																				
OUI 1	NON 2	▶ (18.05)	1	2	3																
Les Agents de Santé Communautaire connaissent-ils/elles leur métier ?			Les Agents de Santé Communautaire réagissent-ils/elles rapidement en fonction de vos besoins ?	Y a-t-il suffisamment d'Agents de Santé Communautaire ?	Le temps et la disponibilité de l'Agent de Santé Communautaire pour s'occuper de vous ?	Informations fournies par l'Agent de Santé Communautaire ?	Les travailleurs de santé communautaire montrant respectueux et amical?	L'Agent de Santé Communautaire étant un bon exemple à suivre ?	▶ PERSONNE SUIVANTE	MANQUE DE FOURNITURES/MÉDICAMENTS	AUTRE, SPÉCIFIEZ										
Gourdes			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10									
01																					
02																					
03																					
07																					
08																					
09																					
13																					
14																					
15																					