



Evaluation d'impact du Financement de la Santé Basé sur les Résultats
Haïti
2015

IDENTIFIANT	
NUMÉRO DE L'AIRE DE DESSERTE	NUMÉRO DE MÉNAGE

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

EMPLACEMENT GÉOGRAPHIQUE			
Département		Arrondissement	
		Commune	
		Section communale	
Localité			

COORDONNÉES GPS DU LOGEMENT			
LATITUDE (NORD):			
LONGITUDE (EST):			

ENQUÊTEUR ET VISITES			
NOM :		CODE :	
VISITE N°1 :	JOUR	MOIS	ANNÉE
VISITE N°2 :	JOUR	MOIS	ANNÉE
VISITE N°3 :	JOUR	MOIS	ANNÉE
RÉSULTAT DE L'ENTRETIEN :			
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 : 96			

LANGUE UTILISÉE	
... PAR L'ENQUÊTEUR ?	
... PAR LE RÉPONDANT ?	
Créole	01
Français	02
AUTRE (SPÉCIFIEZ : _____)	96
UTILISATION D'UN TRADUCTEUR ?	
JAMAIS	1
PARFOIS	2
TOUJOURS	3

SUPERVISEUR			
NOM :		CODE :	

OPÉRATEUR CHARGÉ DE LA SAISIE DES DONNÉES			
NOM :		CODE :	

CETTE PAGE EST DÉLIBÉRÉMENT LAISSÉE EN BLANC

CODE ID	(1.01)	(1.02)	(1.03)		ÉLIGIBILITÉ					
	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 FEMME	COPIEZ L'ÂGE DE (1.12) (SI <5 ANS, INDIQUEZ AUSSI NOMBRE DE MOIS) ANNÉES MOIS	(1.04)	(1.05)	(1.06)	(1.07)	(1.08)	(1.09)	
				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
02					02	02	02	02	02	02
03					03	03	03	03	03	03
04					04	04	04	04	04	04
05					05	05	05	05	05	05
06					06	06	06	06	06	06
07					07	07	07	07	07	07
08					08	08	08	08	08	08
09					09	09	09	09	09	09
10					10	10	10	10	10	10
11					11	11	11	11	11	11
12					12	12	12	12	12	12
13					13	13	13	13	13	13
14					14	14	14	14	14	14
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

CODE ID	(10.01)	(10.02)	(10.03)	(10.04)	(10.05)	(10.06)
	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 ?
<div> <div>AISÉMENT</div> <div>1</div> <div>▶ (10.04)</div> </div> <div> <div>AVEC DES DIFFICULTÉS</div> <div>2</div> </div> <div> <div>AVEC BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ</div> <div>3</div> </div> <div> <div>IMPOSSIBLE DE LE FAIRE</div> <div>4</div> </div>	<div> <div>MOINS D'UNE SEMAINE</div> <div>1</div> </div> <div> <div>1 À 4 SEMAINES</div> <div>2</div> </div> <div> <div>1 À 6 MOIS</div> <div>3</div> </div> <div> <div>PLUS DE 6 MOIS</div> <div></div> </div>	<div> <div>HANDICAPÉ(E)</div> <div>01</div> </div> <div> <div>ENCEINTE</div> <div>02</div> </div> <div> <div>TROP FAIBLE</div> <div>03</div> </div> <div> <div>TROP MALADE</div> <div>04</div> </div> <div> <div>TROP BLESSÉ(E)</div> <div>05</div> </div> <div> <div>AUTRE (SPÉCIFIEZ)</div> <div>96</div> </div>	<div> <div>AISÉMENT</div> <div>1</div> </div> <div> <div>SECTION SUIVANTE</div> <div></div> </div> <div> <div>AVEC DES DIFFICULTÉS</div> <div>2</div> </div> <div> <div>AVEC BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ</div> <div>3</div> </div> <div> <div>IMPOSSIBLE DE LE FAIRE</div> <div>4</div> </div>	<div> <div>MOINS D'UNE SEMAINE</div> <div>01</div> </div> <div> <div>1 À 4 SEMAINES</div> <div>02</div> </div> <div> <div>1 À 6 MOIS</div> <div>03</div> </div> <div> <div>PLUS DE 6 MOIS</div> <div>04</div> </div>	<div> <div>HANDICAPÉ(E)</div> <div>01</div> </div> <div> <div>ENCEINTE</div> <div>02</div> </div> <div> <div>TROP FAIBLE</div> <div>03</div> </div> <div> <div>TROP MALADE</div> <div>04</div> </div> <div> <div>TROP BLESSÉ(E)</div> <div>05</div> </div> <div> <div>AUTRE (SPÉCIFIEZ)</div> <div>96</div> </div>	
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)												
	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="1"> <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
	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																		
	A.	B.	C.	D.	E.															
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																
					OUI 1	AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 12	OUI 1													
					NON 2 ► (11.04)		NON 2													
						AUTRE, SPÉCIFIEZ 96	► SECTION SUIVANTE													
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.	B.	Avez-vous des enfants auxquels vous avez donné naissance, qui sont encore en vie mais qui ne vivent pas aujourd'hui avec vous ?	A.	B.	Avez-vous déjà donné naissance à un enfant qui est né en vie mais qui est mort par la suite ? EN CAS DE RÉPONSE NÉGATIVE, APPROFONDISSEZ : Tout bébé qui pleurait ou montrait des signes de vie mais qui n'a pas survécu ?	A.	B.	TOTALISEZ LES RÉPONSES À (12.05) (12.07) (12.09) ENTREZ TOTAL ICI. S'IL N'Y EN A PAS EU, INSCRIVEZ 00.	Veuillez confirmer que le nombre total d'enfants auxquels vous avez donné naissance s'élève à... [NOMBRE EN QUESTION] (12.10)] OUI 1 NON 2 SI INCORRECT, APPROFONDISSEZ ET CORRIGEZ SUIVANT BESOIN
	OUI 1 NON 2 ▶ SECTION SUIVANTE	OUI 1 NON 2 ▶ (12.04) PAS 3 ▶ (12.04) SÜR		OUI 1 NON 2 ▶ (12.06)		OUI 1 NO 2 ▶ (12.08)			OUI 1 NON 2 ▶ (12.10)					
			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)			OUI 1 NON 2 ► (12.17)				OUI 1 NON 2 ► (12.20)				OUI 1 NON 2 ► SECTION 14
		MOIS (MM)	ANNÉE (AAAA)			MOIS (MM)	ANNÉE (AAAA)		NOMBRE		MOIS (MM)	ANNÉE (AAAA)
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 EN

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 ?	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	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 ?	
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			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	► (13.12)		
			PAS EU BESOIN 13			
			HORAIRES PEU PRATIQUES 14			
			LONGUES ATTENTES 15			
OUI 1 ► (13.05)			PRÉFÈRE LES SOINS À LA MAISON 16	OUI 1		
NON 2			MA FAMILLE NE VOULAIT PAS QUE J'Y AILLE 17	NON 2		
			AUTRE (SPÉCIFIEZ) 96			
			PREMIER	DEUXIÈME	TROISIÈME	
		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.	NUMÉRO DE GROSSESSE	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.	
		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
	1				
	2				
	3				
	1				
	2				
	3				
	1				
	2				
	3				
	1				
	2				
	3				
	1				
	2				

	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 ? <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <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																
	NUMÉRO DE GROSSESSE	ENQUÊTEUR	ENQUÊTEUR	ENQUÊTEUR	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	H.	I.	J.	K.	L.		
ARRONDISSEZ AU MOIS		ARRONDISSEZ AU MOIS	ARRONDISSEZ AU 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 se 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 ?			
NOMBRE DE MOIS		NOMBRE DE MOIS	NOMBRE DE MOIS															
	1																	
	2																	
	3																	
	1																	
	2																	
	3																	
	1																	
	2																	
	3																	
	1																	
	2																	

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

13 Soins prénatals et postnatals

(13.01)	NUMÉRO DE GROSSESSE	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)											
		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, 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 ?											
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.		OUI 1	OUI 1	OUI 1	OUI 1	NOMBRE D'INJECTIONS	OUI 1 NON 2 ▶ (13.19)	OUI 1 NON 2 ▶ (13.24)	A. B. C. D. E.	A. B. C. D. E.	A. B. C. D. E.	A. B. C. D. E.	A. B. C. D. E.	A. B. C. D. E.	A. B. C. D. E.	A. B. C. D. E.	A. B. C. D. E.	A. B. C. D. E.									
		NON 2	NON 2	NON 2	NON 2														Primaquine	Chloroquine	Autre, spécifiez	Primaquine	Chloroquine	Autre, spécifiez	Primaquine	Chloroquine	Autre, spécifiez
		▶ (13.15)	▶ (13.15)	▶ (13.17)	Primaquine																						
	1																										
	2																										
	3																										
	1																										
	2																										
	3																										
	1																										
	2																										
	3																										
	1																										
	2																										
	3																										
	1																										
	2																										

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

13 Soins prénatals et postnatals

		RÉSULTAT DE GROSSESSE				ACCOUCHEMENT				
(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 T DANS 24 DERNIERS MOIS.	(13.23)		(13.24)	(13.25)	(13.26)		(13.27)		
Quand cette grossesse s'est-elle terminée?		Quel a été le résultat de cette grossesse ?	Lors de cette grossesse, qui a aidé lors de l'accouchement ?	Où avez-vous accouché ?		S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, CLINIQUE OÙ APPROFONDISSEZ POUR OBTENIR LE ÉTABLISSEMENT ET INSCRIRE SON CC				
ENQUÊTEUR: INSCRIVEZ LA DATE DE FIN DE LA GROSSESSE			DOCTEUR EN MÉDECINE	01						
INDÉPENDAMMENT DU RÉSULTAT (NAISSANCE VIVANTE, MORT-NÉ, FAUSSE COUCHE OU AVORTEMENT). CODEZ QUELQUE ÉLÉMENT MANQUANT DE LA DATE PAR "DK".		VIVANT À LA NAISSANCE, UNE SEULE NAISSANCE	1	INFIRMIÈRE / SAGE-FEMME	02					
		VIVANT À LA NAISSANCE, PLUSIEURS	2	INFIRMIÈRE AUXILIAIRE/SAGE-FEMME	03			HÔPITAL GOUVERNEMENTAL	01	
		MORT-NÉ	3	AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	04			CLINIQUE GOUVERNEMENTALE	02	
		► (13.40)		TECHNICIEN DE LABORATOIRE	05			DISPENSAIRE GOUVERNEMENTAL	03	
				PHARMACIEN	06			HÔPITAL PRIVÉ	04	
				MATRONE	07			CLINIQUE PRIVÉE	05	
								DISPENSAIRE PRIVÉ	06	
				GUÉRISSEUR TRADITIONNEL	08			PHARMACIE	07 ► (13.28)	
				GUÉRISSEUR SPIRITUEL	09			CLINIQUE MOBILE	08 ► (13.28)	
				VENDEUR DE MÉDICAMENTS	10			DOMICILE PERSONNEL	09 ► (13.28)	
				MEMBRE DE LA FAMILLE	11			UN AUTRE DOMICILE	10 ► (13.28)	
				AMI/VOISIN	12			UN LIEU PUBLIC	11 ► (13.28)	
				PERSONNE	13					
				AUTRE (SPÉCIFIEZ)		AUTRE (SPÉCIFIEZ)	►			
		DD	MM	AAAA						
				► (13.40)	96	96	(13.28)			
						NOM				
	1									
	2									
	3									
	1									
	2									
	3									
	1									
	2									
	3									
	1									
	2									

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

[illegible]

13 Soins prénatals et postnatals

[illegible]

[illegible]

13 Soins prénatals et postnatals

		CARACTÉRISTIQUES DU NOUVEAU-NÉ						ALLAITEMENT																			
(13.01)		(13.33)	(13.34)			(13.35)	(13.36)			(13.37)			(13.38)														
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	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	OUI	1	NON	2	INSCRIVEZ RÉPONSE EN HEURES	OUI	1	NON	2	LAIT (EN DEHORS DU LAIT MATERNEL)	01	LAIT MATERNISÉ	06	CALM	07					
		MÉMOIRE	1	MOYEN	3	PLUS PETIT QUE LA MOYENNE	4	▶ (13.40)	SI LA DURÉE EST INFÉRIEURE À UNE HEURE, INSCRIVEZ 00			OUI			1	NON	2	EAU SIMPLE	02	THÉ/INFUSIONS	08	EAU SUCRÉE/CONTENANT DU GLUCOSE	03	MIEL	09	CAFÉ	10
		CARTE DE SANTÉ	2	TRÈS PETIT	5							NON			2	▶ (13.39)	SOLUTION EAU+SUCRE+SEL			04	AUTRE (SPÉCIFIEZ)			96			
																	JUS DE FRUIT			05							
		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																										

13 Soins prénatals et postnatals

(13.01)		ALLAITEMENT			SOINS POST-NATALS				
		(13.39)	(13.40)	(13.41)	(13.42)	(13.43)			
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 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- natus vous êtes-vous rendue ou combien avez- vous reçus au cours des 2 premiers mois suivant la naissance/faus- se 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	
									OUI 1
									NON 2
									► (13.46)
MOIS	MOIS	MOIS							
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.	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)	► (13.47)	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	TROISIÈME	
		NOM	CODE			
	1					
	2					
	3					
	1					
	2					
	3					
	1					
	2					
	3					
	1					
	2					
	3					
	1					
	2					

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

13 Soins prénatals et postnatals

		COMPRIMÉS/SIROP DE FER				VITAMINE A	
(13.01)		(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.	NUMÉRO DE GROSSESSE	Après cette naissance/fausse couche, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer, du sirop de fer ou de l'acide folique ?	Qui vous a fourni la dose de fer ?	Combien de temps après 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/CAP-SULES/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				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						
	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 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 ▶ NAISSANCE SUIVANTE OU ▶ (13.59) SI NAISSANCE MULTIPLE	OUI 1 NON 2 ▶ (13.57)			OUI 1 NON 2	A SUPPLÉMENTS EN VITAMINES	B EAU SIMPLE	C EAU SUCRÉE/JUS DE FRUIT	D SOLUTION DE RÉHYDRATATION PAR VOIE ORALE (SRO)	E LAIT MATERNISÉ	F LAIT MATERNEL	G LAIT AUTRE QUE LAIT MATERNEL	H AUTRES LIQUIDES	I ALIMENTS SOLIDES	J BOUILLIE
	1																
	2																
	3																
	1																
	2																
	3																
	1																
	2																
	3																
	1																
	2																

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

[illegible]

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

13 Soins prénatals et postnatals

		DÉCÈS		PRÉSENCE DANS LE MÉNAGE			NOURRITURE DES DERNIÈRES 24 HEURES														
(13.01)		(13.65)	(13.66)	(13.67)	(13.68)	(13.69)	(13.70)														
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	ENQUÊTEUR: POUR TROISIÈME ENFANT L'enfant est-il toujours en vie ?	ENQUÊTEUR: POUR TROISIÈME ENFANT SEULEMENT Quel âge avait cet enfant lors de son décès ?	ENQUÊTEUR: POUR TROISIÈME ENFANT SEULEMENT Cet enfant vit-il toujours avec vous ?	ENQUÊTEUR: POUR TROISIÈME ENFANT SEULEMENT ENQUÊTEUR: INSCRIVEZ LE CODE INDIVIDUEL D'IDENTIFICATION DE CET ENFANT EN CONSULTANT LA LISTE	ENQUÊTEUR: POUR TROISIÈME ENFANT SEULEMENT UNIQUEMENT POUR ENFANT QUI N'EST PAS MEMBRE DE CE MÉNAGE	ENQUÊTEUR: POUR TROISIÈME ENFANT SEULEMENT Au cours des dernières 24 heures, avez-vous donné à cet enfant l'un des produits suivants ?														
		OUI 1 ▶ (13.67) NON 2	ENQUÊTEUR: INSCRIVEZ LA RÉPONSE EN MOIS	OUI 1 NON 2 ▶ (13.69)	▶ (13.70)	Quel âge avait cet enfant lors de son dernier anniversaire ? ENQUÊTEUR: INSCRIVEZ L'ÂGE EN 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
OUI	1																				
NON	2																				
			SI LA DURÉE EST INFÉRIEURE À UN MOIS, INSCRIVEZ 00 ▶ NAISSANCE SUIVANTE					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		MOIS		CODE ID	MOIS															
	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, vouliez-vous tomber enceinte, vouliez- vous tomber enceinte plus tard ou vouliez-vous ne pas avoir ou ne plus avoir d'enfants du tout ?	Si vous pouviez choisir vous-même, combien de temps attendriez-vous avant la naissance de votre prochain enfant ? NE VOULANT 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 ▶ (15.01)	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 1 PROBLÈME 2 PETIT 2 PROBLÈME 3 PAS DE 3 PROBLÈME 4 NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE	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 ▶ (14.10)	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 2 FOIS 3 PLUS DE DEUX 3 FOIS	Par rapport à vous, pensez-vous que votre partenaire veut plus d'enfants, moins d'enfants ou le même nombre d'enfants ? PAREIL 01 PLUS 02 MOINS 03
01	OUI 1	PUIS 1							
02	NON 2 ▶ (14.03)	PLUS TARD 2 PAS DU 3 TOUT							
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	Où avez-vous obtenu la méthode actuelle lorsque vous avez commencé à vous en servir (la première fois) ?
		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
				PRÉSERVATIF MASCULIN 07	GUÉRISSEUR TRADITIONNEL 07
				PRÉSERVATIF FÉMININ 08	MATRONE 08
				DIAPHRAGME 09	GUÉRISSEUR SPIRITUEL 09
				MOUSSE/GEL 10	VENDEUR DE MÉDICAMENTS 10
	OUI 1 ► (14.13)	PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 07	OUI 1	MÉTHODE D'AMÉNORRHÉE 11 ► (14.18)	AUTRE MAGASIN 11
	NON 2	NE CONNAIT AUCUNE MÉTHODE 08	NON 2	LACTATIONNELLE	MEMBRE DE LA FAMILLE 12
		AMÉNORRHÉE LACTATIONNELLE 09		RYTHME/MÉTHODE NATURELLE 12 ► (14.18)	AMI/VOISIN 13
		A SUBI HYSTÉRECTOMIE 10		RETRAIT 13 ► (14.18)	AUTRE (SPÉCIFIEZ) 96
		EST MÉNOPAUSÉE 11		AUTRE MÉTHODE MODERNE, SPÉCIFIEZ 14	
		EST INFÉCONDE 12		AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE, SPÉCIFIEZ 15	
		AUTRE (SPÉCIFIEZ) 96			► (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"> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> </table>				OUI	1	NON
OUI	1									
NON	2									
				A	B	C	D			
				Professionnel de santé dans l'établissement de santé	Agent de santé communautaire	Amis/Famille	Autre (spécifiez)			
	ANNÉES	MOIS	DEVISE							
01										
02										
03										
07										
08										
09										
13										
14										
15										

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

15 Vaccination

CODE ID	(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, 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'. * SI LE VACCIN N'A PAS ÉTÉ RECU DU TOUT, INSCRIVEZ '00'. TOUTES LES COLONNES DE VACCIN DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉES.									[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 ?		
	L.			M.			N.			OUI 1		
	ROUGEOLE			VITAMINE A - première			VITAMINE A - deuxième			► PROBE FOR VACCINATIONS AND WRITE '66' IN THE CORRESPONDING DAY IN (15.04). THEN ► NEXT CHILD		
	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 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	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	JUSTE APRÈS 01 LA NAISSANCE	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	
		► (15.18)		► (15.12)	PLUS TARD 02		► (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)		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	
				NBRE DE FOIS				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. ANNÉES	B. MOIS						
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	DEBOUT	01	COUCHÉ(E)	02						
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														
		<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														
	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 ?						Recommanderiez-vous des Agents de Santé Communautaire à d'autres femmes ou familles ?	Pourquoi ne les recommanderiez-vous pas ?									
	<table border="1"> <tr> <td>TRÈS INSATISFAIT(E)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>INSATISFAIT(E)</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SATISFAIT(E)</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>TRÈS SATISFAIT(E)</td> <td>4</td> </tr> </table>						TRÈS INSATISFAIT(E)	1		INSATISFAIT(E)	2	SATISFAIT(E)	3	TRÈS SATISFAIT(E)	4	INSCRIVEZ UN MAXIMUM DE 3 RAISONS			
	TRÈS INSATISFAIT(E)		1																
INSATISFAIT(E)	2																		
SATISFAIT(E)	3																		
TRÈS SATISFAIT(E)	4																		
OUI 1	Gourdes	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	OUI 1 ▶ PERSONNE SUIVANTE	MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS 01									
NON 2		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 ?		PAS SERVABLE PAS RESPECTUEUX(SE)/ PAS AMICAL(E) 02									
▶ (18.05)										TRAITEMENT TROP ONÉREUX 04									
									NON 2	ACCÈS DIFFICILE 05									
										MANQUE DE FOURNITURES/MÉDICAMENTS 06									
										AUTRE, SPÉCIFIEZ 96									
										▶ PERSONNE SUIVANTE									
										1	2	3							
01																			
02																			
03																			
07																			
08																			
09																			
13																			
14																			
15																			