



Evaluation d'impact du Financement de la Santé Basé sur les Résultats
RWANDA
FOLLOW-UP SURVEY 2013
Questionnaire établissement de santé

F3 - Entretien en sortie de consultation prénatale

IDENTIFICATION DU PATIENT	
PATIENT NUMERO 1.....1	
PATIENT NUMERO 2.....2	
PATIENT NUMERO 3.....3	

NOM PROVINCE	CODE PROVINCE

NOM DISTRICT	CODE DISTRICT

NOM SECTEUR	CODE SECTEUR

NOM DU CENTRE DE SANTÉ	TELEPHONE DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

NOM D'ENQUÊTEUR	CODE

VISITE 1	JOUR	MOIS	ANNÉE

VISITE 2	JOUR	MOIS	ANNÉE

VISITE 3	JOUR	MOIS	ANNÉE

INTERVIEW A COMMENCE A :

INTERVIEW EST TERMINEE A:

NOM DU SUPERVISEUR	CODE

JOUR	MOIS	ANNÉE

NOM DE L'OPÉRATEUR DE SAISIE	CODE

JOUR	MOIS	ANNÉE

RÉSULTAT DE L'ENTRETIEN	
ENTRETIEN RÉALISÉ	01
ENTRETIEN PARTIELLEMENT RÉALISÉ	02
ENTRETIEN REFUSÉ PAR LE RESPONSABLE	03
RESPONSABLE ABSENT (PERSONNEL PRÉSENT NON HABILITÉ À RÉPONDRE)	04
ÉTABLISSEMENT VIDE (AUCUN PERSONNEL PRÉSENT)	05
ÉTABLISSEMENT INTROUVABLE	06
AUTRE, PRÉCISER :	96

LANGUE	
KINYARWANDA	01
FRANCAIS	02
ANGLAIS	03
AUTRE, PRÉCISER :	96

ENQUÊTEUR	RÉPONSES	Interprète utilisé ?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	JAMAIS 01
			PARFOIS 02
			TOUT LE TEMPS 03

(1)	Identification	NOTER LA RÉPONSE	
ENQUÊTEUR: Approchez le patient qui quitte la formation sanitaire et administrez le formulaire de consentement avant de commencer l'interview. Vous devez identifier les patients qui ont été recrus par le prestataire qui a répondu à la vignette pour les consultations prénatales.			
ENQUÊTEUR: Je vais commencer l'entretien en vous posant quelques questions sur vous-même.			
(1.01)	Êtes-vous venu dans cette formation sanitaire aujourd'hui pour: OUI.....1 NON.....2	a. Consultation prénatale	
		b. Consultation postnatale (enfant de ≤10 jours)	STOP
		c. Consultation curative d'un enfant de < 5 ans	STOP
		d. Vaccination de l'enfant	STOP
		e. Consultation curative de l'adulte	STOP
		f. PTME	STOP
		g. ARV	STOP
		h. CDV	STOP
		i. Suivi de la croissance de l'enfant	STOP
		j. Planification familiale	STOP
		k. Accouchement	STOP
l. Autre, spécifier:		STOP	
(1.02)	Pourriez-vous m'indiquer votre âge ?	ANNÉES (RÉVOLUES)	
(1.03)	Savez-vous lire et écrire ?	OUI 1	
		NON 2	
(1.04)	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez complété, et combien d'années d'études (ou de classes) avez-vous complétées au sein de ce niveau ?	Programme préscolaire (crèche) 01	
		Maternelle 02	
		Primaire (1-6) 03	
		Secondaire (1-6) 04	
		Université (1-4) 05	
		CERAI (1-3) 06	
		Aucun 07 ► (1.05)	
		Autre, spécifier: 96	
		NOMBRE D'ANNÉES ACCOMPLIES DANS CE NIVEAU	
(1.05)	Quelle est votre situation de famille ?	Célibataire 01 ► (2.01)	
		Marié(e)/vie maritale 02	
		Veuf/veuve 03 ► (2.01)	
		Divorcé(e)/séparé(e) 04 ► (2.01)	
(1.06)	Quel est le plus haut niveau d'études que votre conjoint ou la personne avec qui vous vivez en couple a complété, et combien d'années d'études (ou de classes) a-t-il/elle complétées au sein de ce niveau ?	Programme préscolaire (crèche) 01	
		Maternelle 02	
		Primaire (1-6) 03	
		Secondaire (1-6) 04	
		Université (1-4) 05	
		CERAI (1-3) 06	
		Aucun 07 ► (2.01)	
		Autre, spécifier: 96	
		NOMBRE D'ANNÉES ACCOMPLIES DANS CE NIVEAU	

(2)	Soins et conseils		NOTER LA RÉPONSE
(2.01)	Quel est le nom de l'agent de santé qui vous a dispensé des soins (en premier) ?		
(2.02)	ENQUÊTEUR : NOTER LE CODE D'IDENTIFICATION DE L'AGENT DE SANTÉ FIGURANT DANS LA LISTE DU PERSONNEL		
ENQUÊTEUR: J'aimerais savoir un peu plus sur les aspects des services que vous avez reçu durant votre consultation prénatale			
(2.03)	Est-ce votre première grossesse ?	OUI 01	
		NON 02	
(2.04)	Est-ce votre première visite prénatale durant cette grossesse?	OUI 01 ► (2.06)	
		NON 02	
(2.05)	En comptant cette consultation, combien de consultations prénatales avez-vous eues pour cette grossesse?		
(2.06)	Avez-vous une fiche ou un carnet de maternité, ou une fiche de vaccination avec vous aujourd'hui ? ENQUÊTEUR : SI OUI, DEMANDER À VOIR LA FICHE OU LE CARNET.	Oui, fiche/carnet vu 01	
		Oui, fiche/carnet pas vu 02 ► (2.10)	
		Non, fiche/carnet conservé dans l'établissement 03 ► (2.10)	
		Pas de fiche/carnet utilisé 04 ► (2.10)	
(2.07)	ENQUÊTEUR : VÉRIFIER LA FICHE OU LE CARNET DE MATERNITÉ, OU LA FICHE DE VACCINATION. NOTER S'IL Y EST INDIQUÉ QUE LA PATIENTE A ÉTÉ VACCINÉE CONTRE LE TÉTANOS.	OUI, 1 FOIS 01	
		OUI, 2 FOIS OU PLUS 02	
		NON 03	
(2.08)	ENQUÊTEUR : DE COMBIEN DE MOIS OU DE SEMAINES LA PATIENTE EST-ELLE ENCEINTE, D'APRÈS LA FICHE OU LE CARNET DE MATERNITÉ ?	a. SEMAINES	
		b. MOIS	
(2.09)	ENQUÊTEUR : LA FICHE OU LE CARNET INDIQUE-T-IL LE GROUPE SANGUIN DE LA PATIENTE ?	OUI 01	
		NON 02	
(2.10)	Depuis quand êtes-vous enceinte ? (ENQUÊTEUR : NOTER LE NOMBRE DE MOIS OU DE SEMAINES).	a. SEMAINES	
		b. MOIS	
(2.11)	Avez-vous reçu un cadeau dans cet établissement après cette consultation?	OUI 01	
		NON 02 ► (2.13)	

(2)	Soins et conseils		NOTER LA RÉPONSE
(2.12)	Quel genre de cadeau avez-vous reçu? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHAQUE RÉPONSE, NOTER "1" SI ELLE EST CITÉE, "2" SI ELLE N'EST PAS CITÉE. VOUS POUVEZ SONDER SANS DONNER DE RÉPONSES PRÉCISES (PAR EX. EN DEMANDANT "IL Y A AUTRE CHOSE ?") ► 2.14	SAVON POUR BEBE 01	
		CHALE POUR BEBE 02	
		DRAP BEBE 03	
		HABITS POUR BEBE 04	
		PARAPLUIE 05	
		PAGNE 06	
		SUR EAU 07	
		AUTRE, PRÉCISER : 96	
(2.13)	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas reçu votre cadeau?	IL Y A MOINS DE 3 ANS ENTRE VOTRE GROSSESSE ACTUELLE ET LA PRECEDENTE 01	
		RUPTURE DE STOCKS AU CENTRE DE SANTE 02	
		CET ETABLISSEMENT NE DONNE PAS DE CADEAU 03	
		MA GROSSESSE EST DE PLUS DE 4 MOIS 04	
		AUTRE, PRÉCISER : 96	
(2.14)	Pendant cette consultation ou les précédentes, un agent de santé vous a-t-il parlé des signes de complication (signaux d'alerte) qui doivent vous faire penser qu'il y a un problème avec votre grossesse ?	Oui, pendant cette consultation 01	
		Oui, lors d'une consultation précédente 02	
		Non 03 ► (2.17)	
(2.15)	Dites-moi les signes de complication (signaux d'alerte) de la grossesse que vous connaissez. ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHAQUE RÉPONSE, NOTER "1" SI ELLE EST CITÉE, "2" SI ELLE N'EST PAS CITÉE. VOUS POUVEZ SONDER SANS DONNER DE RÉPONSES PRÉCISES (PAR EX. EN DEMANDANT "IL Y A AUTRE CHOSE ?")	a. SAIGNEMENTS VAGINAUX	
		b. FIÈVRE	
		c. VISAGE, MAINS OU JAMBES GONFLÉS	
		d. FATIGUE OU ESSOUFFLEMENT	
		e. VIOLENT MAL DE TÊTE	
		f. TROUBLES DE LA VISION	
		g. CONVULSIONS	
		h. ÉTOURDISSEMENT/VERTIGES/VOILE NOIR	
		i. DOULEUR FORTE DANS LE BAS-VENTRE	
		j. LE BÉBÉ NE BOUGE PLUS OU EST MOINS ACTIF	
		k. LA POCHE DES EAUX S'EST ROMPUE OU FUIT	
		l. DIFFICULTÉ À RESPIRER	
		m. PERTES OU ÉCOULEMENTS VAGINAUX MALODORANTS	
		n. AUTRE, PRÉCISER :	

(2)	Soins et conseils	NOTER LA RÉPONSE
(2.16)	Qu'est-ce que l'agent de santé vous a conseillé de faire si des signaux d'alerte se manifestent pendant votre ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHAQUE RÉPONSE, NOTER "1" SI ELLE EST CITÉE, "2" SI ELLE N'EST PAS CITÉE. VOUS POUVEZ SONDER SANS DONNER DE RÉPONSES PRÉCISES (PAR EX. EN DEMANDANT "IL Y A AUTRE CHOSE ?")	a. VENIR CONSULTER DANS L'ÉTABLISSEMENT
		b. RÉDUIRE VOS ACTIVITÉS
		c. MODIFIER VOTRE RÉGIME ALIMENTAIRE
		d. AUTRE, PRÉCISER :
(2.17)	<p>Au cours de cette visite, avez-vous discuté des sujets suivants avec ce prestataire?</p> <p>ENQUÊTEUR: COMMENCER CHAQUE QUESTION AVEC: EST-CE QUE LE PRESTATAIRE VOUS A DEMANDÉ:</p> <p>ENQUÊTEUR: SI C'EST LA PREMIÈRE GROSSESE (D'APRÈS QUESTION 2.03), NE DEMANDE PAS LES QUESTIONS A-G</p> <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NE SE RAPPELLE PAS.....99</p>	a. NOMBRE DE PRÉCÉDENTES GROSSESSES
		b. NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES
		c. NOMBRE DE FAUSSES COUCHES / ENFANTS MORTS-NÉS / AVORTEMENTS
		d. HÉMORRAGIES PENDANT LES ACCOUCHEMENTS PRÉCÉDENTS ?
		e. COMMENT EST NÉ LE DERNIER ENFANT (ACCOUCHEMENT NATUREL ? CÉSARIENNE ? FORCEPS ?)
		f. POIDS À LA NAISSANCE DU DERNIER ENFANT
		g. ANTÉCÉDENTS D'ANOMALIES GÉNÉTIQUES
		h. VACCINATIONS CONTRE LE TÉTANOS ?
		i. DATE DES DERNIÈRES RÈGLES
		j. PROBLÈMES DE SANTÉ ACTUELS ?
		k. CONTRACTIONS ?
		l. SAIGNEMENTS VAGINAUX ?
		m. PERTE / GAIN DE POIDS ?
		n. NAUSÉES OU VOMISSEMENTS ?
		o. MÉDICAMENTS PRIS EN CE MOMENT ?
		p. VACCINATIONS CONTRE LE TÉTANOS ?
		q. ANTÉCÉDENTS D'HYPERTENSION ?
		r. ANTÉCÉDENTS DE DIABÈTE ?
		s. MST CONTRACTÉES, Y COMPRIS VIH ?
		t. UTILISATION D'UN STÉRILET OU DE CONTRACEPTIFS ?
		u. FROTTIS CERVICAUX ?
		v. MALADIES DU CŒUR, DU FOIE, PALUDISME, GOÎTRE ?
		w. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIES HÉRÉDITAIRES ?
		x. ALLERGIES À DES MÉDICAMENTS ?
		y. FUMEUSE OU ANCIENNE FUMEUSE ?

(2)	Soins et conseils		NOTER LA RÉPONSE
		z. ANTÉCÉDENTS DE CONSOMMATION D'ALCOOL ?	
		aa. ANTÉCÉDENTS DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES ILLICITES ?	
		ab.GROUPE SANGUIN ET COMPATIBILITÉ	
		ac. AUTRE, PRÉCISER :	
(2.18)	Pendant cette consultation, avez-vous été pesée ?	OUI 1	
		NON 2	
(2.19)	Pendant cette consultation, votre taille a-t-elle été mesurée ?	OUI 1	
		NON 2	
(2.20)	Pendant cette consultation, quelqu'un vous a-t-il pris la tension ? ENQUÊTEUR : EXPLIQUER : pour vous prendre la tension, on vous fixe un brassard au-dessus du coude et on le gonfle, ce qui comprime de plus en plus votre bras, puis la pression est relâchée après quelques instants.	OUI 1	
		NON 2	
(2.21)	Pendant cette consultation, quelqu'un vous a-t-il pris la temperature?	OUI 1	
		NON 2	
(2.22)	Pendant cette consultation, quelqu'un a-t-il ecoute les battements cardiaques du foetus? ENQUETEUR: EXPLIQUER, ON ECOUTE LES BATTEMENTS DU COEUR FOETAL A TRAVERS LE VENTRE DE LA MERE A L'AIDE D'UN INSTRUMENT	OUI 1	
		NON 2	
(2.23)	Pendant cette consultation, vous a-t-on pris un échantillon d'urine ? ENQUÊTEUR : EXPLIQUER : quelqu'un vous a-t-il demandé de recueillir un peu d'urine dans un petit flacon pour faire des analyses ?	OUI 1	
		NON 2	
(2.24)	Pendant cette consultation, vous a-t-on pris un échantillon de sang ? ENQUÊTEUR : EXPLIQUER : est-ce que quelqu'un vous a piqué le doigt ou le bras avec une aiguille afin de recueillir du sang pour faire des analyses ?	OUI 1	
		NON 2	
(2.25)	Pendant cette consultation, la date de votre accouchement a-t-elle été programmée dans cet établissement ?	OUI 1	
		NON 2	
(2.26)	Pendant cette consultation, vous a-t-on palpé le ventre ? ENQUÊTEUR : EXPLIQUER : l'agent de santé vous a-t-il fait allonger sur une table ou un lit et vous a touché le ventre ?	OUI 1	
		NON 2	
(2.27)	Pendant cette consultation, a-t-on mesuré la taille de votre utérus ? ENQUÊTEUR : EXPLIQUER : l'agent de santé mesure votre ventre avec un mètre-ruban.	OUI 1	
		NON 2	
(2.28)	Pendant cette consultation, un agent de santé vous a-t-il donné des conseils sur votre régime alimentaire (c'est-à-dire ce que vous devez manger et boire) pendant votre grossesse ?	OUI 1	
		NON 2 ► (2.30)	

(2)	Soins et conseils	NOTER LA RÉPONSE	
(2.29)	Qu'est-ce que l'agent de santé vous a conseillé de manger pendant votre grossesse ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHAQUE RÉPONSE, NOTER "1" SI ELLE EST CITÉE, "2" SI ELLE N'EST PAS CITÉE. VOUS POUVEZ SONDER SANS DONNER DE RÉPONSES PRÉCISES (PAR EX. EN DEMANDANT "IL Y A AUTRE CHOSE ?")	a. LÉGUMES-FEUILLES	
		b. LAIT	
		c. VIANDE ET VOLAILLE	
		d. FRUITS FRAIS ET FRUITS À COQUE	
		e. AUTRE, PRÉCISER :	
(2.30)	Pendant cette consultation, un agent de santé vous a-t-il donné des comprimés de fer, d'acide folique ou de fer et acide folique, ou vous en a-t-il prescrits ? ENQUÊTEUR : VERIFIER SI LA PATIENTE A RECU UN COMPRIMÉ DE FER, D'ACIDE FOLIQUE OU COMBINÉ	OUI, COMPRIMES VUS 01	
		ORDONNANCE VUE 02	
		PAS DE COMPRIMÉS NI D'ORDONNANCE 03	
(2.31)	Avez-vous une moustiquaire imprégnée d'insecticide, c'est-à-dire une moustiquaire qui a été traitée avec un insecticide pour vous protéger des piqûres de moustique ?	OUI 1	
		NON 2 ► (2.33)	
(2.32)	La nuit dernière, avez-vous dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ?	OUI 1	
		NON 2	
(2.33)	Pendant cette consultation, un agent de santé vous a-t-il donné gratuitement une moustiquaire imprégnée d'insecticide ?	OUI 1	
		NON 2	
(2.34)	Pendant cette consultation ou les précédentes, un agent de santé vous a-t-il demandé si vous aviez déjà été vaccinée contre le tétanos ?	OUI 1	
		NON 2	
(2.35)	Avez-vous déjà été vaccinée contre le tétanos, y compris si vous avez été vaccinée aujourd'hui ?	OUI 1	
		NON 2 ► (2.37)	
		NE SAIS PAS 3 ► (2.37)	
(2.36)	Combien de fois au total dans votre vie avez-vous reçu une injection de vaccin antitétanique (en comptant l'injection d'aujourd'hui si vous venez d'en recevoir une) ? (ENQUÊTEUR : QUEL QUE SOIT LE LIEU OÙ LA VACCINATION A ÉTÉ RÉALISÉE)		
(2.37)	Est-ce que le prestataire a programme un RDV pour une prochaine consultation prenatale ou un accouchement à la formation sanitaire?	OUI 1	
		NON 2	

(3)	Trajet et dépenses de la patiente	NOTER LA RÉPONSE																
(3.01)	À quelle distance de cet établissement se trouve votre domicile (Trajet aller)?	KILOMÈTRES																
(3.02)	Combien de temps avez-vous mis pour venir dans cet établissement depuis votre domicile aujourd'hui, en minutes (trajet aller) ?	MINUTES																
(3.03)	Quel a été votre principal mode de locomotion aujourd'hui (trajet aller) ?	<table border="1"> <tr> <td>Marche à pied</td> <td>01 ► (3.05)</td> </tr> <tr> <td>Vélo</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>Animal</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>Voiture privée</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>Voiture/bus public, y compris taxi</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>Cyclomoteur privé</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>Taxi moto</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>Autre (préciser : _____)</td> <td>96</td> </tr> </table>	Marche à pied	01 ► (3.05)	Vélo	02	Animal	03	Voiture privée	04	Voiture/bus public, y compris taxi	05	Cyclomoteur privé	06	Taxi moto	07	Autre (préciser : _____)	96
Marche à pied	01 ► (3.05)																	
Vélo	02																	
Animal	03																	
Voiture privée	04																	
Voiture/bus public, y compris taxi	05																	
Cyclomoteur privé	06																	
Taxi moto	07																	
Autre (préciser : _____)	96																	
(3.04)	Combien vous a coûté en Frw le trajet pour venir aujourd'hui dans l'établissement (trajet aller) ?	FRW																
(3.05)	Combien de temps avez-vous attendu dans l'établissement avant d'être vue en consultation par l'agent de santé ?	MINUTES																
(3.06)	Combien de temps avez-vous passé avec le médecin ou l'infirmier pendant la consultation ?	MINUTES																
(3.07)	Avez-vous eu à payer quelque chose pour la consultation ?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>02 ► (3.09)</td> </tr> </table>	OUI	01	NON	02 ► (3.09)												
OUI	01																	
NON	02 ► (3.09)																	
(3.08)	Combien avez-vous eu à payer pour cela en Frw ? ENQUÊTEUR: Si Paiement du ticket modérateur, indiquez 9999	FRW																
(3.09)	Vous a-t-on fait des analyses de laboratoire ?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>02 ► (3.11)</td> </tr> </table>	OUI	01	NON	02 ► (3.11)												
OUI	01																	
NON	02 ► (3.11)																	
(3.10)	Combien avez-vous eu à payer pour cela en Frw ? ENQUÊTEUR: Si Paiement du ticket modérateur, indiquez 9999	FRW																
(3.11)	Des médicaments vous ont-ils été prescrits ?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>02 ► (3.13)</td> </tr> </table>	OUI	01	NON	02 ► (3.13)												
OUI	01																	
NON	02 ► (3.13)																	
(3.12)	Combien avez-vous eu à payer pour cela en Frw ? ENQUÊTEUR: Si Paiement du ticket modérateur, indiquez 9999	FRW																
(3.13)	Combien avez-vous dépensé au total en Frw dans l'établissement pendant cette visite, en dehors des frais de transport ? ENQUÊTEUR: Si Paiement du ticket modérateur, indiquez 9999	FRW SI ZÉRO ► (3.15)																
(3.14)	D'où venait l'argent qui a servi à payer les dépenses de santé d'aujourd'hui ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" SI ELLE EST CITÉE, "2" SI ELLE N'EST PAS CITÉE. VOUS POUVEZ SONDER SANS DONNER DE RÉPONSES PRÉCISES (PAR EX. EN DEMANDANT "IL Y A AUTRE CHOSE ?") CITÉ.....1 PAS CITÉ.....2	<table border="1"> <tr> <td>a. ÉCONOMIES OU BUDGET NORMAL DU MÉNAGE</td> </tr> <tr> <td>b. ASSURANCE MALADIE</td> </tr> <tr> <td>c. VENTE DE POSSESSIONS DU MÉNAGE</td> </tr> <tr> <td>d. HYPOTHÈQUE OU VENTE DE TERRES OU DE BIENS IMMOBILIERS</td> </tr> <tr> <td>e. AMI OU MEMBRE DE LA FAMILLE</td> </tr> <tr> <td>f. PERSONNE AUTRE QUE LES AMIS ET LA FAMILLE</td> </tr> <tr> <td>g. AUTRE, PRÉCISER :</td> </tr> </table>	a. ÉCONOMIES OU BUDGET NORMAL DU MÉNAGE	b. ASSURANCE MALADIE	c. VENTE DE POSSESSIONS DU MÉNAGE	d. HYPOTHÈQUE OU VENTE DE TERRES OU DE BIENS IMMOBILIERS	e. AMI OU MEMBRE DE LA FAMILLE	f. PERSONNE AUTRE QUE LES AMIS ET LA FAMILLE	g. AUTRE, PRÉCISER :									
a. ÉCONOMIES OU BUDGET NORMAL DU MÉNAGE																		
b. ASSURANCE MALADIE																		
c. VENTE DE POSSESSIONS DU MÉNAGE																		
d. HYPOTHÈQUE OU VENTE DE TERRES OU DE BIENS IMMOBILIERS																		
e. AMI OU MEMBRE DE LA FAMILLE																		
f. PERSONNE AUTRE QUE LES AMIS ET LA FAMILLE																		
g. AUTRE, PRÉCISER :																		
(3.15)	Êtes-vous couvert actuellement par une assurance maladie ?	<table border="1"> <tr> <td>OUI</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>02 ► (4.01)</td> </tr> </table>	OUI	01	NON	02 ► (4.01)												
OUI	01																	
NON	02 ► (4.01)																	
(3.16)	De quel type d'assurance-maladie s'agit-il ?	<table border="1"> <tr> <td>Mutuelle de sante</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>RAMA</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>MMI</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>Assurance privées (SORAS, CORAR,...)</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>Autre (préciser : _____)</td> <td>96</td> </tr> </table>	Mutuelle de sante	01	RAMA	02	MMI	03	Assurance privées (SORAS, CORAR,...)	04	Autre (préciser : _____)	96						
Mutuelle de sante	01																	
RAMA	02																	
MMI	03																	
Assurance privées (SORAS, CORAR,...)	04																	
Autre (préciser : _____)	96																	
(3.17)	Au cours des 12 derniers mois, combien de mois avez-vous été couverte par votre assurance maladie actuelle ?	MOIS. 12 MAXIMUM.																

(4)	Satisfaction du patient	NOTER LA RÉPONSE
(4.01)	Quelle sont les deux principales raisons pour laquelle vous avez choisi cet établissement de santé et non une autre source de soins ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. NOTER SEULEMENT DEUX RÉPONSES.	PROXIMITÉ DU DOMICILE 01
		TARIFS BAS 02
		CONFIANCE DANS LES PRESTATAIRES / SOINS DE HAUTE QUALITÉ 03
		MÉDICAMENTS DISPONIBLES 04
		POSSIBILITÉ D'ÊTRE SUIVIE PAR UN PRESTATAIRE FEMME 05
		RECOMMANDATION OU ENVOYÉE DANS CET ÉTABLISSEMENT PAR UN AUTRE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ 06
		AUTRE, PRÉCISER : 96

Je vais vous lire une série d'affirmations concernant cet établissement de santé. Vous me direz si vous êtes d'accord, ni d'accord ni pas d'accord, ou pas d'accord avec chaque affirmation. Certaines d'entre elles peuvent ne pas s'appliquer à votre situation. Signalez-moi lorsqu'une affirmation ne s'applique pas à votre cas.

ENQUÊTEUR : LIRE CHAQUE AFFIRMATION À LA PERSONNE INTERROGÉE ET NOTER LE CODE DE RÉPONSE POUR CHAQUE QUESTION.

	D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	Non applicable	NOTER LA RÉPONSE
(4.02) Venir dans cet établissement est commode depuis votre domicile.	1	2	3	4	
(4.03) L'établissement de santé est propre.	1	2	3	4	
(4.04) Le personnel de santé est courtois et respectueux.	1	2	3	4	
(4.05) Les agents de santé vous ont donné des explications médicales claires.	1	2	3	4	
(4.06) Il est facile de se procurer les médicaments prescrits par les agents de santé.	1	2	3	4	
(4.07) Les frais à payer à l'établissement en total pour cette consultation étaient raisonnables.	1	2	3	4	
(4.08) Le temps d'attente pour être vue par un agent de santé était raisonnable.	1	2	3	4	
(4.09) Votre visite s'est déroulée dans des conditions d'intimité satisfaisantes.	1	2	3	4	
(4.10) L'agent de santé a passé suffisamment de temps avec vous.	1	2	3	4	
(4.11) Les horaires d'ouverture de l'établissement sont adaptés à vos besoins.	1	2	3	4	
(4.12) La qualité générale des services fournis était satisfaisante.	1	2	3	4	

(5)	Agent de santé communautaire		NOTER LA RÉPONSE		
(5.01)	Connaissez-vous un ou des agents de santé communautaires dans votre communauté ?	OUI 1 NON 2 ► FIN			
(5.02)	Les agents de santé communautaires de votre communauté sont-ils des hommes ou des femmes, ou les deux ?	Des hommes uniquement 01 Des femmes uniquement 02 Les deux 03			
(5.03)	Les 3 mois derniers, avez-vous bénéficié des services d'un agent de santé communautaire dans votre village ?	OUI, A MON DOMICILE 1 OUI, DANS LA COMMUNAUTE 2 NON 3			
(5.04)	ENQUÊTEUR : VÉRIFIER LA Q7.03 POUR VOIR SI LA PERSONNE INTERROGÉE A UTILISÉ DES SERVICES LES 3 DERNIERS MOIS	OUI 1 NON 2 ► (5.07)			
(5.05)	Quels services l'agent de santé communautaire vous a-t-il fournis ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. NOTER "1" POUR CHAQUE RÉPONSE CITÉE, "2" POUR CHAQUE RÉPONSE NON CITÉE.	a. Conseils sur l'importance des soins prénatals b. Conseils sur la planification de la naissance dans un établissement de santé c. Référé(e) dans un établissement de santé d. Education sanitaire ou promotion de la santé e. Donne des injections de contraceptifs f. Autre (préciser : _____)			
(5.06)	Avez-vous été accompagnée ou référée par un agent de santé communautaire pour cette consultation prénatale?	OUI 1 NON 2			
Je vais vous lire deux affirmations concernant le travail accompli par les agents de santé communautaires. Dites-moi si vous êtes d'accord, ni d'accord ni pas d'accord, ou pas d'accord avec chaque affirmation.					
		D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	NOTER LA RÉPONSE
(5.07)	Les agents de santé communautaires rendent des services utiles dans ma communauté.	1	2	3	
(5.08)	Les agents de santé communautaires fournissent des services de bonne qualité dans ma communauté.	1	2	3	

FIN DE L'ENTRETIEN SUR LA CPN: MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

MERCI DE VOTRE COOPÉRATION