

CONSENTEMENT ECLAIRE

Accueil. Je m'appelle _____ et je travaille avec le district de _____. Nous faisons une enquête sur les services de santé maternelle et des enfants dans nos communautés. Nous apprécierions votre participation à cette enquête. Les informations fournies aideront le district à planifier et améliorer les services de santé. L'entretien prendra environ 20 minutes.

Nous apprécions votre participation à ce sondage. Toute information fournie sera confidentielle et ne sera montré à personne.

La participation à ce sondage est volontaire et vous pouvez décider de ne pas répondre à toute question individuelle ou à aucune question. Cependant, nous souhaitons que vous participiez dans cette enquête puisque vos points de vue sont importants.

Maintenant, avez-vous de questions quant à ce sondage ?

Etes-vous d'accord pour participer à ce sondage?

OUI

NON

SI NON, NOTEZ CE MENAGE EN TANT QU'UN REFUS DANS LE TABLEAU DE SEQUENCE DES MENAGES VISITES ET PROCEDEZ AU PROCHAIN MENAGE

MERCI

RECOMMANDATIONS POUR L'ENQUÊTEUR

VERIFIEZ QUE LA MERE A UN ENFANT AGE DE 6 - 23 MOIS, PRENEZ LA CARTE DE VACCINATION OU LE CARNET DE SANTE SI C'EST POSSIBLE POUR VERIFIER.

SI PLUS D'UN ENFANT AGE DE 6 - 23 MOIS VIT DANS CE MENAGE, CHOISISSEZ UN AU HAZARD.

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CETTE ENQUÊTE, NE LISEZ JAMAIS LES OPTIONS POSSIBLES SAUF S'IL Y A DES INSTRUCTIONS SPECIFIQUES (EN MAJUSCULES ET EN GRAS). ATTENDEZ LA REPONSE DE L'INTERROGE(E) ET PUIS ENTOUREZ/SELECTIONNEZ LA REPONSE DONNEE.

Notez l'heure à laquelle l'entretien COMMENCE

___ : ___

HEURE: MINUTE

Section 1: Profil de la Mère

No.	Questions et Filtres	Catégorie de Codage	Sauts
MB1	Quels sont votre mois et année de naissance?	DATE DE NAISSANCE MOIS..... __ __ NSP MOIS98 ANNEE __ __ __ __ NSP ANNEE.....98	
MB2	Quel âge avez-vous?	AGE (EN ANNEES COMPLETEES) __ __	
MB3	Etes-vous allée à l'école?	OUI1 NON2	→MB5
MB4	Si oui, quel est votre niveau d'étude ?	MATERNELLE1 PRIMAIRE.....2 SECONDAIRE.....3 PLUS ELEVE.....4	
MB5	Quel est votre statut matrimonial <u>actuel</u> ?	CELIBATAIRE.....1 MARIEE.....2 COHABITATION.....3 VEUVE.....4 DIVORCEE/SEPARÉE5	

Section 2: Profil de l'Enfant

No.	Questions et Filtres	Catégorie de Codage	Sauts
CB1	NOTEZ LE NOM DE L'ENFANT SELECTIONNE:	_____ NOM DE L'ENFANT SELECTIONNE	
CB2	Quel est le sexe de (NOM)?	GARCON 1 FILLE 2	
CB3	<p>Maintenant, j'aimerais vous poser des questions quant à la santé de (NOM).</p> <p>Quels sont le mois et l'année de naissance de (NOM)?</p> <p>RELANCEZ: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE? SI NECESSAIRE, UTILISEZ LE CALENDRIER DES EVENEMENTS.</p> <p>SI LA MERE/GARDIEN CONNAIT LA DATE DE NAISSANCE EXACTE, NOTEZ LE JOUR AUSSI; SINON, ENTOUREZ 98 POUR LE JOUR.</p> <p>LE MOIS ET L'ANNEE DOIVENT ETRE NOTES.</p>	DATE DE NAISSANCE JOUR __ __ NSP JOUR..... 98 MOIS __ __ ANNEE ____ __ __	
CB4	Quel âge a (NOM)?	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; justify-content: space-between;"> </div> AGE DE L'ENFANT EN MOIS COMPLETES	

Section 3: L'allaitement et l'alimentation complémentaire

No.	Questions and Filters	Coding Categories	Skips
NU1	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI 1 NON..... 2	→ NU3
NU2	Est-ce que (NOM) été allaité hier pendant la journée ou la nuit?	OUI 1 NON..... 2	
NU3	À quel âge a-(NOM) commencé à manger des aliments solides, semi-solides ou mous ?	AVANT 6 MOIS.....1 A 6 MOIS.....2 7 – 9 MOIS.....3 APRES 9 MOIS.....4 PAS ENCORE COMMENCÉ.....5 NSP.....6	→ NU7
NU4	Est-ce que (NOM) a mangé hier des aliments solides, semi-solides ou mous dans la journée ou la nuit ?	OUI 1 NON..... 2	→ NU7

<p>NU5</p>	<p>Quel type d'aliments solides, semi-solides ou mous a mangé (NOM) ?</p> <p>RELANCEZ ET ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES</p> <p>RELANCEZ : QUELQUE CHOSE AUTRE?</p>	<p>BOUILLIE, PAIN, RIZ, PATES ALIMENTAIRES OU AUTRES ALIMENTS DERIVES DE CEREALES.....1</p> <p>CAROTTES, COURGE OU PATATES DOUCES A CHAIR ORANGE OU JAUNE.....2</p> <p>POMMES DE TERRE A CHAIR BLANCHE, IGNAME A CHAIR BLANCHE, MANIOC OU AUTRES TUBERCULES.....3</p> <p>TOUS LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE (E.G.MORINGA, OSEILLE, FEUILLE DE BAOBAB, AMARANTE, EPINARD)?.....4</p> <p>MANGUES MURES, PAPAYES MURES5</p> <p>AUTRES FRUITS OU LEGUMES (E.G. BANANA, ORANGE, ANANAS, AVOCADOS, TOMATES.6</p> <p>VIANDES TELLES QUE BOEUF, CHAMEAU, AGNEAU, CHEVRE, POISSON, POULET OU CANARD7</p> <p>OEUF8</p> <p>PLATS OU ALIMENTS CONTENANT DES HARICOTS, NIEBE, POIS DE TERRE, LENTILLES, NOIX OU GRAINES (ARACHIDE, SESAME).....9</p> <p>FROMAGE, LAIT CAILLE, LAIT FRAIS, YAOURT OU AUTRE PRODUIT LAITIER10</p> <p>HUILE, GRAISSE OU BEURRE OU TOUT ALIMENT EN CONTENANT.....11</p> <p>LAIT COMMERCIAL POUR NOURRISSONS.....12</p> <p>BOUILLIE DE CERELES /ALIMENTS COMMERCIALE ENRICHIE EN FER IRON COMME LE CERELAC OU MISOLA.....13</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p style="padding-left: 100px;">SPECIFY</p> <p>RIEN.....99</p>	
<p>NU6</p>	<p>Combien de fois est-ce que (NOM) a mangé hier des aliments solides, semi-solides ou mous autres que des liquides, dans la journée ou la nuit ?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">NOMBRE DE FOIS</p> <p>NSP.....88</p>	

NU7	Dans les derniers six mois, (NOM) a-t-il/elle reçu des sachets de poudres comme ceci ? MONTRE EXEMPLE	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS98	→NU11 →NU11
NU8	Nom prend/a pris combien de sachets par jour ?	MOINS D'UN SACHET1 UN SACHET /JOUR.....2 PLUS D'UN SACHET/JOUR3	
NU9	Comment avez-vous utilisez le sachet de poudre ?	A MIS LE CONTENU DU SACHET DANS UNE PARTIE DE LA NOURRITURE.....1 A PARSEME LE SACHET SUR TOUTE LA NOURRITURE.....2 A MIS LE SACHET DANS UN LIQUIDE.....3 A MIS LE SACHET DANS LA NOURRITURE CHAUDE OU FROIDE.....4 A MIS LE SACHET DANS LA NOURRITURE TIEDE.....5	
NU10	Qui a mangé la nourriture dans laquelle vous avez ajouté le contenu du sachet ?	TOUTE LA FAMILLE1 TOUS LES ENFANTS DE LA MAISON.....2 PETITS ENFANTS.....3 ENFANT<NOM> SEUL4	

<p>NU11</p>	<p>Quelle sont les pratiques optimales pour l'alimentation des enfants de 6 à 23 mois ?</p> <p>RELANCEZ ET ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES</p> <p>RELANCEZ : QUELQUE CHOSE AUTRE?</p>	<p>ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE A L'AGE DE 6 MOIS.....1</p> <p>CONSISTENCE DES ALIMENTS DE COMPLEMENTS : INCORPORATION GRADUELLE DE MOUS A SOLIDE.....2</p> <p>CONTINUATION DE L'ALLAITEMENT JUSQU'A DEUX ANS OU AU-DELA.....3</p> <p>OFFRE DES ALIMENTS 2-3 FOIS PAR JOUR ENTRE 6-8 MOIS, ET 3-4 FOIS PAR JOUR APRES 8 MOIS, ET DES COLLATIONS 1 OU 2 FOIS PAR JOUR.....4</p> <p>VARIETE D'ALIMENTS DE TOUS LES GROUPES (CEREALES, RACINES ET TUBERCULES, LEGUMINEUSES ET NOIX, ALIMENTS D'ORIGINE ANIMALE, FRUITS ET LEGUMES)5</p> <p>PRATIQUE UNE BONNE HYGIENE DANS LA PREPARATION ET LE STOCKAGE DES ALIMENTS DE COMPLEMENT.....6</p> <p>CONTINUE A ALLAITER ET A DONNER DES ALIMENTS DE COMPLEMENT PENDANT LES PERIODES DE MALADIE.....7</p> <p>DONNE A L'ENFANT DES ALIMENTS RICHES EN FER.....8</p> <p>INTERACTION AVEC L'ENFANT, POUR LUI ENSEIGNER ET STIMULER LE DEVELOPPEMENT SOCIAL AINSI QUE POUR L'ENCOURAGER A MANGER.....9</p>	
-------------	--	--	--

Section 4: La Vitamine A pour l'Enfant

No.	Questions et Filtres	Catégorie de Codage	Sauts
VA1	(NOM) a-t-il/elle reçu une capsule de Vitamine A comme celle-ci? MONTRE AMPOULES/CAPSULES/SIROPS TYPIQUES	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....98	→ VA3 → VA3
VA2	(NOM) a-t-il/elle reçu une dose de Vitamine A comme (cela/ceux-ci) dans les 6 derniers mois? MONTRE AMPOULES/CAPSULES/SIROPS TYPIQUES	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....98	
VA3	Puis-je voir la carte de vaccination de (NOM) ou son carnet de santé? NOTEZ LE NOMBRE DE DOSES DE VITAMINE A MARQUE SUR LA CARTE DE (NOM) ET LA DATE DE LA DERNIERE DOSE RECUE.	NOMBRE DE DOSES <input data-bbox="1233 819 1315 878" type="text"/> DERNIERE DOSE RECUE: DANS LES 6 DERNIERS MOIS.....1 IL Y A ENTRE 6 A 12 MOIS.....2 CARTE PAS DISPONIBLE.....3 DATE PAS NOTEE.....4	

Section 5: La Planification Familiale

No.	Questions et Filtres	Catégorie de Codage	Sauts
FP1	<p>Les couples utilisent des méthodes variées pour repousser ou éviter une grossesse.</p> <p>Faites-vous quelque chose actuellement ou utilisez-vous une méthode pour espacer ou éviter une grossesse?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p>	<p>→CH1</p>
FP2	<p>Que faites-vous pour espacer ou éviter une grossesse?</p> <p>NE RELANCEZ PAS. SI PLUS D'UNE METHODE, ENTOUREZ CHACUN.</p>	<p>DIU 3</p> <p>INJECTABLES..... 4</p> <p>IMPLANTS..... 5</p> <p>PILLULE..... 6</p> <p>PRESERVATIF MASCULIN 7</p> <p>PRESERVATIF FEMININ..... 8</p> <p>DIAPHRAGM..... 9</p> <p>SPERMICIDE 10</p> <p>METHODE D'AMENORRHEE</p> <p>LACTATIONEL 11</p> <p>ABSTINENCE PERIODIQUE/ METHODE DES TEMPERATURES 12</p> <p>RETRAIT..... 13</p> <p>AUTRE (PRECISER)</p> <p>_____ 96</p>	

Section 6: Messages des Santé

No.	Questions et Filtrés	Catégorie de Codage	Sauts
CH1	Avez-vous été en contact avec un relais communautaire durant les trois derniers mois?	OUI 1 NON 2	→ CH5
CH2	Comment avez-vous été en contact avec le relais communautaire? LISEZ LES CHOIX DE RESPONSES	VISITE A DOMICILE 1 COMMUNICATION INTERPERSONNELLE 2 DISCUSSION DE GROUPE 3 AUTRES (PRECISER) _____ 96	
CH3	A quand remonte votre dernier contact avec le relais communautaire?	PENDANT LE DERNIER MOIS 1 PENDANT LES DERNIERS 2-3 MOIS 2 IL Y A PLUS DE 3 MOIS 3	
CH4	Quels messages avez-vous reçu du relais communautaire? ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES	INFORMATION SUR L'HYGIENE, LAVAGE DES MAINS ET L'ASSAINISSEMENT 1 CONSEILS SUR L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS 2 CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT EXCLUSIF 3 UTILISATION DE SRO EN CAS DE DIARRHEE ... 4 IDENTIFICATION PRECOCE ET ORIENTATION VERS LES CS EN CAS DE MALADIES 5 PLANIFICATION FAMILIALE 6 INFORMATION SUR LES VACCINATIONS 7 DORMIR SOUS LES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES 8 AUTRES (PRECISER) _____ 96 NE SAIT PAS 98	
CH5	Avez-vous bénéficié de messages de santé de quelqu'un d'autre que le relais communautaire pendant les trois derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ FIN
CH6	Qui a facilité cette séance / ces messages? RELANCEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE DE SOURCE ET ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES	GROUPE DE SOUTIEN 1 MERE LUMIERE 2 FAMILLE/AMI 3 RADIO 4 AUTRES (PRECISER) _____ 96	

CH7	Quels messages avez-vous reçu? ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES	INFORMATION SUR L'HYGIENE, LAVAGE DES MAINS ET L'ASSAINISSEMENT 1 CONSEILS SUR L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS 2 CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT EXCLUSIF..... 3 UTILISATION DE SRO EN CAS DE DIARRHEE .. 4 IDENTIFICATION PRECOCE ET ORIENTATION VERS LES CS EN CAS DE MALADIES..... 5 PLANIFICATION FAMILIALE 6 INFORMATION SUR LES VACCINATIONS 7 DORMIR SOUS LES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES8 AUTRES (PRECISER) _____ 96 NE SAIT PAS 98	
-----	---	---	--

Notez l'heure à laquelle l'entretien SE TERMINE	____ ____ : ____ ____ HEURE: MINUTE
---	-------------------------------------

MERCI - FIN