

LQAS SONDAGE DES MENAGES 2012
QUESTIONNAIRE POUR LES MERES D'ENFANTS AGES DE 0 - 59 MOIS AVEC DE
LA FIEVRE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES
UNICEF/LSTM

IDENTIFICATION	CODES (RESERVE POUR L'ADMINISTRATION)
IDENTIFIANT DU QUESTIONNAIRE	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
NUMERO LQAS SUR 19 _____	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
ZONE DE SUPERVISION _____	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
Région : _____	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
District : _____	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
Commune : _____	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
Village : _____	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
Nom de l'Interrogé(e) _____	
Enquêteur : _____	
Date de l'Entretien ____ / ____ / ____ Jour / Mois / Année	
Vérifié par (Superviseur SA) _____	

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 0 – 59 MOIS QUI A SOUFFERT D'UNE FIEVRE AU COURS DES
DEUX DERNIERES SEMAINES, PRENEZ LA CARTE DE VACCINATION OU LA CARTE DE MATERNITE SI C'EST
POSSIBLE, POUR VERIFIER.**

**SI PLUS D'UN ENFANT AGE DE 0 – 59 MOIS QUI A SOUFFERT D'UNE FIEVRE AU COURS DES DEUX DERNIERE
SEMAINES VIT DANS CE MENAGE, CHOISISSEZ UN AU HAZARD.**

**POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE SONDAGE, 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 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 MOIS..... 98 ANNEE __ __ __ __ NSP ANNEE.....98	
MB2	Quel âge avez-vous?	AGE (EN ANNEES COMPLETES) __ __	
MB3	Etes-vous allée à l'école?	OUI.....1 NON2	➔ MB5
MB4	Si oui, quel est votre niveau d'étude ?	MATERNELLE1 PRIMAIRE2 SECONDAIRE3 PLUS ELEVE.....4	
MB5	Quel est votre statut matrimonial <u>actuel</u> ?	CELIBATAIRE.....1 MARIEE.....2 COHABITATION3 VEUVE.....4 DIVORCEE/SEPAREE..... 5	

Section 2: Profil de l'Enfant

No.	Questions et Filtres	Catégorie de Codage	Sauts
CB1	NOTEZ LE NOM DE L'ENFANT SELECTIONNE:	<div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; margin: 0 auto;"></div> NOM DE L'ENFANT SELECTIONNE </div>	
CB2	Quel est le sexe de (NOM)?	GARCON1 FILLE.....2	
CB3	Maintenant, j'aimerais vous poser des questions quant à la santé de (NOM). Quels sont le mois et l'année de naissance de (NOM)? RELANCEZ: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE? SI NECESSAIRE, UTILISEZ LE CALENDRIER DES EVENEMENTS. SI LA MERE/GARDIEN CONNAIT LA DATE DE NAISSANCE EXACTE, NOTEZ LE JOUR AUSSI; SINON, ENTOUREZ 98 POUR LE JOUR. LE MOIS ET L'ANNEE DOIVENT ETRE NOTES.	DATE DE NAISSANCE JOUR __ __ NSP JOUR98 MOIS __ __ ANNEE __ __ __ __	
CB4	Quel âge a (NOM)?	<div style="text-align: center;"> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> AGE DE L'ENFANT EN MOIS COMPLETEES	

Section 3: La Gestion des Cas de Paludisme

No.	Questions et Filtres	Catégorie de Codage	Sauts
CM1	(NOM), a-t-il/elle eu de la fièvre à un moment donné au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 98	→SELECTI ONNEZ UN AUTRE ENFANT →SELECTI ONNEZ UN AUTRE ENFANT
CM2	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la maladie auprès que quelqu'un?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 98	→CM4 →CM4
CM3	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? RELANCEZ: QUELQUE PART D'AUTRES? ENTOUREZ TOUT ENDROIT MENTIONNE	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL 1 CHR2 HD3 CSI4 CASE DE SANTE.....5 CLINIQUE MOBILE6 PHARMACIE7 AUTRE SECTEUR MED. PUBLIC.....8 (PRÉCISER) <hr/> SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ9 PHARMACIE10 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ11 (PRÉCISER) <hr/> AUTRE ENDROIT BOUTIQUE12 GUERISSEUR TRADITIONNEL13 PHARMACIE PAR TERRE/AMBULANT ...14 AUTRE (PRÉCISER)15	
CM4	Avez-vous payé pour la consultation ?	OUI 1 NON 2 NSP 2	→CM6 →CM6
CM5	Combien avez-vous payé pour la consultation ?	_____CFA NE SAIT PAS.....98	

CM6	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ?	OUI 1 NON 2	→CM9
CM7	Vous a-t-on donné le résultat du test?	OUI 1 NON 2	
CM8	Le résultat a été positif ou négatif ?	POSITIF 1 NEGATIF 2 NSP 3	
CM9	A-t-on donné des médicaments à (NOM) pour traiter la maladie?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS.....98	→FIN →FIN
CM8	<p>Quels médicaments ont été donnés à (NOM) lors de la fièvre?</p> <p>DEMANDEZ A VOIR LE MEDICAMENT.</p> <p>SI LE TYPE DE MEDICAMENT N'EST PAS CONNU, MONTRER UN ANTIPALUDEEN TYPIQUE A L'INTERROGEE POUR QU'ELLE L'IDENTIFIE.</p> <p>ENTOUREZ TOUTE REPONSE MENTIONNEE</p>	<p>ANTI-PALUDEENS:</p> <p>SELS DE QUININE 1</p> <p>COARTEM..... 2</p> <p>ARSUCAM..... 3</p> <p>QUININE 4</p> <p>D'AUTRES ANTIPALUDEENS (PRECISER)</p> <p>_____ 6</p> <p>ANTIBIOTIQUES</p> <p>COMPRIME / SIROP 7</p> <p>INJECTION 8</p> <p>D'AUTRES MEDICAMENTS:</p> <p>PARACETAMOL 9</p> <p>ASPIRINE 10</p> <p>AUTRE (PRECISER)</p> <p>_____ 96</p> <p>NE SAIT PAS..... 98</p>	

CM9	Où vous êtes-vous procuré ces médicaments?	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL _____ 1</p> <p>CHR2</p> <p>HD3</p> <p>CSI4</p> <p>CASE DE SANTE.....5</p> <p>CLINIQUE MOBILE6</p> <p>PHARMACIE7</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PUBLIC.....8</p> <p>(PRÉCISER)</p> <hr/> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ9</p> <p>PHARMACIE 10AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ11</p> <p>(PRÉCISER)</p> <hr/> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE12</p> <p>GUERISSEUR TRADITIONNEL13</p> <p>PHARMACIE PAR TERRE/AMBULANT ...14</p> <p>AUTRE (PRÉCISER)15</p> <hr/>	
CM10	Avez-vous payé pour le traitement ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 2</p>	<p>➔ FIN</p> <p>➔ FIN</p>
CM11	Combien avez-vous payé pour le traitement ?	<p>_____CFA</p> <p>NE SAIT PAS.....98</p>	

<p>Notez l'heure à laquelle l'entretien SE TERMINE</p>	<p>____ : ____</p> <p>HEURE: MINUTE</p>
--	---

MERCI - FIN