



LQAS SONDAGE DES MENAGES 2017
QUESTIONNAIRE POUR LES MERES D'ENFANTS AGES DE 0 - 59 MOIS AVEC DE
LA FIEVRE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES
MINISTÈRE DE LA SANTÉ/UNICEF/LSTM

IDENTIFICATION	CODES (RESERVE POUR L'ADMINISTRATION)
IDENTIFIANT DU QUESTIONNAIRE	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
NUMERO LQAS SUR 19 _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
ZONE DE SUPERVISION _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
Région : _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
District : _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
Commune : _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
Village : _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; 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 pour le Ministère de la Santé publique. 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 cette enquête. Toute information fournie sera confidentielle.

La participation à cette enquête 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 cette enquête?

Etes-vous d'accord pour participer à cette enquête?

OUI ☐

NON ☐

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 ?	PRIMAIRE2 SECONDAIRE3 PLUS ELEVE.....4	
MB5	Quel est votre statut matrimonial <u>actuel</u> ?	CELIBATAIRE.....1 MARIEE.....2 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 OU LE CARNET DE SANTE. 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 COMPLETES	

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 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	➔ CM6 ➔ CM6
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 <hr/>	
CM 3.A	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il reçu le traitement ? DEMANDEZ LE NOMBRE JOURS EXACTS ET ECRIVEZ LE DANS LA CASE. SI C'EST LE MEME JOUR, ECRIVEZ 00	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%); width: 1px; height: 100%;"></div> </div> Jours NE SAIT PAS98	

CM6	Au cours de la maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt (ou de son talon) ?	OUI 1 NON 2	➔CM9
CM6A	Combien de temps après le début de la fièvre, a-t-on pris du sang sur le doigt ou le sur talon de (NOM)? DEMANDEZ LE NOMBRE JOURS EXACTS ET ECRIVEZ LE DANS LA CASE. SI C'EST LE MEME JOUR, ECRIVEZ 00	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%); border-left: 1px solid black; height: 15px;"></div> </div> Jours NE SAIT PAS98	
CM7	Vous a-t-on donné le résultat du test?	OUI 1 NON 2	➔CM9
CM8	Le résultat a été positif ou négatif ?	POSITIF 1 NEGATIF 2 NE SAIT PAS..... 3	
CM9	A-t-on donné des médicaments à (NOM) pour traiter la maladie?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS..... 98	➔FIN ➔FIN
CM10	Quels médicaments ont été donnés à (NOM) lors de la fièvre? DEMANDEZ A VOIR LE MEDICAMENT OU LE CARNET DE SANTE. SI LE TYPE DE MEDICAMENT N'EST PAS CONNU, MONTRER UN ANTIPALUDEEN TYPIQUE A L'INTERROGEE POUR QU'ELLE L'IDENTIFIE. ENTOUREZ TOUTE REPONSE MENTIONNEE	ANTI-PALUDEENS: SELS DE QUININE 1 COARTEM..... 2 ARSUCAM..... 3 D'AUTRES ANTIPALUDEENS (PRECISER) 4 ANTIBIOTIQUES COMPRIME / SIROP 5 INJECTION 6 D'AUTRES MEDICAMENTS: PARACETAMOL 7 ASPIRINE 8 AUTRE (PRECISER) 96 NE SAIT PAS..... 98	

CM11	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. PRIVÉ</p> <p>.....11</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/>	
CM12	Avez-vous payé pour les médicaments ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

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

MERCI - FIN