**** http://t1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTxXkFZJsdiG3RHrL5yn4XY9QvVsHtIHZMkGGMApTHkjm9U6nLUG2dm8cB7

**LQAS SONDAGE DES MENAGES 2012**

**QUESTIONNAIRE POUR LES MERES D’ENFANTS AGES DE 0 - 59 MOIS**

**AVEC LA TOUX ET DES DIFFICULTES A RESPIRER AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES**

**UNICEF/LSTM**

|  |  |
| --- | --- |
| IDENTIFICATION | CODES (RESERVE POUR L’ADMINISTRATION) |
| IDENTIFIANT DU QUESTIONNAIRE |  |
| NUMERO LQAS SUR 19 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ZONE DE SUPERVISION \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| District\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Canton\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sous-Canton \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Village\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nom de l’Interrogé(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Enquêteur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Date de l’Entretien** \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_  Jour / Mois / Année  **Vérifié par (Superviseur SA) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |

| **CONSENTEMENT ECLAIRE**  Accueil. Je m’appelle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ et je travaille avec le district de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Nous faisons un sondage de district sur les services de santé maternelle et des enfants dans nos communautés. Nous apprécierions votre participation à ce sondage. 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** |
| --- |

|  |
| --- |
| **RECOMMENDATIONS POUR L’ENQUÊTEUR**  **VERIFIEZ QUE LA MERE A UN ENFANT AGE DE 0 – 59 MOIS QUI A SOUFFERT D’UNE TOUX ET DES DIFFICULTES A RESPIRER 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 TOUX ET DES DIFFICULTES A RESPIRER AU COURS DES DEUX DERNIERE SEMAINES VIT DANS CE MENAGE, CHOISSISSEZ 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 RESPONSE 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 | Dans quel mois et année êtes-vous née? | DATE DE NAISSANCE  MOIS \_\_ \_\_  NSP MOIS 98  ANNEE \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  NSP ANNEE……………………….……………………..98 |  |
| MB2 | Quel âge avez-vous?  **RELANCEZ : QUEL AGE AVEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?** | AGE (EN ANNEES COMPLETES) \_\_ \_\_ |  |
| MB3 | Etes-vous allée à l’école ou à la maternelle? | OUI 1  NON 2 | 🡺MB5 |
| MB4 | Quel était votre niveau de scolarité le plus élevé? | MATERNELLE 1  PRIMAIRE 2  SECONDAIRE 3  PLUS ELEVE……………………………………..…………4 |  |
| MB5 | Quel est votre statut matrimonial actuel?  **LISEZ LES CHOIX DE RESPONSES** | CELIBATAIRE, PAS DE PARTENAIRE...............1  CELIBATAIRE, PAS DE PARTENAIRE HABITUEL…… ...…..2  CELIBATAIRE AVEC UN PARTENAIRE HABITUEL…… ……..3  MARIEE....................................... ...........4  COHABITATION 5  VEUVE............................. 6  DIVORCEE/SEPAREE 7 |  |

**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 | Maintenant, j’aimerais vous poser des questions quant à la santé de *(NOM).*  dans quel mois et année est né(e) (NOM)?  **RELANCEZ: QUELLEEST SA DATE DE NAISSANCE?**  **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 JOUR 98  MOIS \_\_ \_\_  ANNEE \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |
| CB4 | Quel âge a (NOM)? | |  |  | | --- | --- | |  |  |   AGE DE L’ENFANT EN ANNEES COMPLETES |  |

**Section 3: La Gestion des Cas IRA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| CM1 | (NOM) a-t-il/elle souffert d’une maladie avec la toux à un moment au cours des deux dernières semaines? | OUI 1  NON 2  NE SAIT PAS 98 | 🡺SELECTIONNEZ UN AUTRE ENFANT  🡺SELECTIONNEZ UN AUTRE ENFANT |
| CM2 | Lorsque (NOM) a souffert d’une maladie avec la toux, respirait-il/elle plus rapidement que d’habitude avec un souffle court et rapide ou avec des difficultés à respirer? | OUI 1  NON 2  NE SAIT PAS 98 | 🡺SELECTIONNEZ UN AUTRE ENFANT  🡺SELECTIONNEZ UN AUTRE ENFANT |
| CM3 | Ces difficultés pour respirer étaient-elles dues à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ? | NEZ SEUL………………………………………………….1  BRONCHES SEULES…………………………………..2  LES DEUX………………….................................3  AUTRE (PRECISER)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96  NE SAIT PAS 98 | 🡺SELECTIONNEZ UN AUTRE ENFANT  🡺SELECTIONNEZ UN AUTRE ENFANT  🡺SELECTIONNEZ UN AUTRE ENFANT |
| CM4 | Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la maladie d’une source quelconque? | OUI 1  NON 2  NE SAIT PAS 98 | 🡺 CM7  🡺 CM7 |
| CM5 | Vous avez demandé un traitement pour (NOM) combien de jours après le début de la toux et de la respiration rapide?  **RELANCEZ POUR SAVIOR LE NOMBRE DE JOURS EXACTS ET NOTEZ-LE DANS LA CASE.**  **SI C’EST LE MÊME JOUR, NOTEZ 00.** | |  |  | | --- | --- | |  |  |   **JOURS**  NE SAIT PAS 98 |  |
| CM6 | Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?  **RELANCEZ: QUELQUE PART D’AUTRES?**  **ENTOUREZ TOUT PRESTATAIRE MENTIONNE, MAIS NE RELANCEZ PAS AVEC DES SUGGESTIONS.**  **RELANCEZ POUR IDENTIFIER CHAQUE TYPE DE SOURCE.**  **SI VOUS N’ARRIVEZ PAS A SAVIOR SI C’EST PUBLIC OU PRIVE, NOTEZ LE NOM DE L’ENDROIT.** | SECTEUR PUBLIC  HÔPITAL PUBLIC 1  CENTRE DE SANTE PUBLIC 2  POSTE DE SANTE PUBLIC 3  AGENT DE SANTE DU VILLAGE 4  CLINIQUE MOBILE 5  AUTRE PUBLIC (PRECISER)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6  SECTEUR PRIVE MEDICAL  HÔPITAL/CLINIQUE PRIVE 7  MEDECIN PRIVE 8  PHARAMACIE PRIVEE 9  CLINIQUE MOBILE 10  AUTRE PRIVE MEDICAL (PRECISER)  11  AUTRE SOURCE  PARENT / AMI 12  MAGASIN 13  GUERISSEUR TRADITIONNEL 14  AUTRE (PRECISER)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96 |  |
| CM7 | A-t-on donné des médicaments à (NOM) pour traiter la maladie? | OUI 1  NON 2  NE SAIT PAS 98 | 🡺FIN  🡺FIN |
| CM8 | Quels médicaments ont été donnés à (NOM)?  **RELANCEZ:**  **D’AUTRES MEDICAMENTS?**  **ENTOUREZ TOUS MEDICAMENTS DONNES. ECRIVEZ LES MARQUES DE TOUS MEDICAMENTS MENTIONNES.**    **(NOMS DES MEDICAMENTS)** | ANTIBIOTIQUE  COMPRIME / SIROP 1  INJECTION 2  ANTI-PALUDEENS 3  PARACETAMOL / PANADOL / ACETAMINOPHEN 4  ASPIRINE 5  IBUPROFEN 6  AUTRE (PRECISER)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96  NE SAIT PAS 98 |  |
| CM9 | Pendant combien de jours a (NOM) pris les médicaments? | |  |  | | --- | --- | |  |  |   JOURS |  |

| Notez l’heure à laquelle l’entretien TERMINE | \_\_\_ \_\_\_ : \_\_\_ \_\_\_ | HEURE: MINUTE |
| --- | --- | --- |

**MERCI – FIN**