**** 

**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 1NON 2 | 🡺MB5 |
| MB4 | Quel était votre niveau de scolarité le plus élevé?  | MATERNELLE 1PRIMAIRE 2SECONDAIRE 3PLUS ELEVE……………………………………..…………4 |  |
| MB5 | Quel est votre statut matrimonial actuel? **LISEZ LES CHOIX DE RESPONSES**  | CELIBATAIRE, PAS DE PARTENAIRE...............1CELIBATAIRE, PAS DE PARTENAIRE HABITUEL…… ...…..2CELIBATAIRE AVEC UN PARTENAIRE HABITUEL…… ……..3MARIEE....................................... ...........4COHABITATION 5VEUVE............................. 6DIVORCEE/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 1FILLE 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 1NON 2NE 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 1NON 2NE 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………………………………………………….1BRONCHES SEULES…………………………………..2LES DEUX………………….................................3AUTRE (PRECISER) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96NE 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 1NON 2NE 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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6SECTEUR PRIVE MEDICAL  HÔPITAL/CLINIQUE PRIVE 7 MEDECIN PRIVE 8 PHARAMACIE PRIVEE 9 CLINIQUE MOBILE 10 AUTRE PRIVE MEDICAL (PRECISER) 11AUTRE SOURCE  PARENT / AMI 12 MAGASIN 13 GUERISSEUR TRADITIONNEL 14AUTRE (PRECISER) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96 |  |
| CM7 | A-t-on donné des médicaments à (NOM) pour traiter la maladie?  | OUI 1NON 2NE 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 2ANTI-PALUDEENS 3PARACETAMOL / PANADOL / ACETAMINOPHEN 4ASPIRINE 5IBUPROFEN 6AUTRE (PRECISER) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96NE 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**