**** 

**LQAS SONDAGE DES MENAGES 2012**

**QUESTIONNAIRE POUR LES MERES D’ENFANTS AGES DE 0 - 5 MOIS**

**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 – 5 MOIS, PRENEZ LA CARTE DE VACCINATION OU LA CARTE DE MATERNITE SI C’EST POSSIBLE POUR VERIFIER.****SI PLUS D’UN ENFANT AGE DE 0 – 5 MOIS 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: QUELLE EST 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 MOIS COMPLETES  |  |

**Section 3: L’allaitement exclusif**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| BF1 | Avez-vous allaité (NOM)? | OUI 1NON 2 | 🡺 BF6 |
| BF2 | Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) sur le sein?**SI MOINS D’UNE HEURE, NOTEZ ‘00’ HEURES.** **SI MOINS DE 24 HEURES, NOTEZ LES HEURES.** **SINON, NOTEZ LES JOURS.**  | IMMEDIATEMENT 00HEURES……………… …………1 \_\_ \_\_JOURS………………. …………..2 \_\_ \_\_NE SAIT PAS / NE SE SOUVIENT PAS 98 |  |
| BF3 | Dans les trois premiers jours après l’accouchement, est-ce que (NOM) a été donné quelque chose à boire à part le lait maternel?  | OUI 1NON 2 |  |
| BF4 | Allaite-t-il/elle toujours?  | OUI 1NON 2NE SAIT PAS 98 | 🡺 BF6 |
| BF5 | Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?**SI MOINS D’UN MOIS, NOTEZ “00” MOIS.**  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

MOIS |  |
| BF6 | (NOM), a-t-il/elle bu une des boissons suivantes dans les dernières 24 heures? **LISEZ LA LISTE DE LIQUIDES ET ENTOUREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE**  | LAIT MATERNEL? 1 1EAU? 2LAIT MATERNISE? 3D’AUTRES LAITS TELS QUE LE LAIT RECONSTITUE, EN BOÎTE OU FRAIS D’UN ANIMAL 4JUS DE FRUIT? 5THE OU CAFE OR INFUSIONS? 6SOUPE LEGERE OU BOUILLION? 7SRO 8MEDICAMENTS LIQUIDES OU SEMI-LIQUIDES TRADITIONELS ? 9RIEN 10AUTRE LIQUIDE (PRECISER)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96  |  |
| BF7 | (NOM), a-t-il/elle mangé des aliments solides ou semi-solides durant la journée ou la nuit ? | OUI 1NON 2NE SAIT PAS 98 |  |
| BF8 | (NOM) a-t-il/elle bu quelque chose d’un biberon hier ou hier soir?  | OUI 1NON 2NE SAIT PAS 98 |  |

**Section 4: Soins Prénatals**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| AC1 | Avez-vous consulté quelqu’un pour les soins prénatals pendant votre grossesse avec (NOM)? | OUI 1NON 2 | 🡺 AC4 |
| AC2 | Qui avez-vous vu? **RELANCEZ: QUELQU’UN D’AUTRE?** **RELANCEZ POUR SAVOIR LE TYPE DE PERSONNE CONSULTEE ET ENTOUREZ LES REPONSES DONNEES.**  | PROFESSIONNEL DE LA SANTE:MEDECIN 1INFIRMIERE / SAGE-FEMME 2SAGE-FEMME AUXILIAIRE 3D’AUTRES PERSONNES  ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 4 RELAIS COMMUNAUTAIRE 5 AUTRE (PRECISER) ­­­­­­­­­­­­­­­­­ ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96   |  |
| AC3 | Combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals durant cette grossesse?  | NOMBRE DE FOIS \_\_ \_\_NE SAIT PAS 98 |  |
| AC4 | Avez-vous votre carte de maternité de votre grossesse avec (NOM)? **SI LA MERE DIT OUI, DITES: PUIS-JE VOIR LA CARTE?**  | OUI, VUE PAR L’ENQUÊTUER 1OUI, MAIS PAS DISPONIBLE/PERDUE/EGAREE 2JAMAIS EU DE CARTE 3NE SAIT PAS 98 | 🡺 IT1🡺 IT1🡺 IT1 |
| AC5 | **NOTEZ LE NOMBRE DE VISITES PRENATALES MARQUEES SUR LA CARTE**  |

|  |
| --- |
|  |

NOMBRE DE VISITES PRENATALES  |  |
| AC6 | De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale pour cette grossesse ?**VERIFIEZ DANS LA CARTE DE MATERNITE SI DISPONIBLE** | 3 MOIS OU MOINS…………………………………….…1PLUS DE 3 MOIS…………………………………………..2NE SAIT PAS……………………………………………….98 |  |

**Section 5: Tétanos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| TT1 | Regardez la carte prénatale ou la carte de vaccination et notez les dates (jour/mois/année) pour les cinq dernières injections TT. **SI L’INJECTION TT N’A PAS ETE DONNEE, NOTEZ 00 DANS CHAQUE CAS.**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **JOUR** | **MOIS** | **ANNEE** |
| PREMIER |  |  |  |
| DEUXIEME |  |  |  |
| TROISIEME |  |  |  |
| QUATRIEME |  |  |  |
| CINQUIEME |  |  |  |

 |  |

**Section 6: Traitement Préventif Intermittent**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| IT1 | Lors de votre grosses avec (NOM), preniez-vous des médicaments préventifs contre le paludisme?  | OUI 1NON 2NE SAIT PAS 98 | 🡺BA1🡺BA1 |
| IT2 | Quels médicaments préventifs avez-vous pris contre le paludisme ?**ENTOUREZ TOUS LES MEDICAMENTS PRIS. SI LE TYPE DE MEDICAMENT N’EST PAS TROUVE, MONTREZ UN MEDICAMENT ANTIPALUDEEN TYPIQUE A L’INTERROGEE.**  | SP/FANSIDAR 1CHLOROQUINE 2NE SAIT PAS……………………………………………….98AUTRE (PRECISER)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96 | 🡺BA1🡺BA1🡺BA1 |
| IT3 | Lors de cette grossesse, combien de fois avez-vous pris le SP/Fansidar?  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

NOMBRE DE FOIS NE SAIT PAS 98 |  |
| IT4 | Combien de comprimés de SP/Fansidar vous étaient donnés lorsque vous étiez enceinte de (NOM)?  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 NOMBRE DE COMPRIMES NE SAIT PAS 98 |  |

**Section 7: Accoucheuse Qualifiée**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| BA1 | Qui vous a aidé lors de votre accouchement de (NOM)? **RELANCEZ: QUELQU’UN D’AUTRE?** **RELANCEZ POUR SAVOIR LE TYPE DE PERSONNE AYANT AIDE ET ENTOUREZ TOUTES REPONSES DONNEES.** **SI L’INTERROGEE DIT QUE PERSONNE L’A** **AIDEE, RELANCEZ POUR DETERMINER SI** **LES ADULTES ETAIENT PRESENTS LORS DE** **L’ACCOUCHEMENT** | PROFESSIONNEL DE LA SANTE:MEDECIN 1INFIRMIERE / SAGE-FEMME 2SAGE-FEMME AUXILIAIRE 3D’AUTRES PERSONNES  ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 4 RELAIS COMMUNAUTAIRE 5 FAMILLE / AMI 6PERSONNE 7AUTRE (PRECISER)­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96 |  |
| BA2 | Où avez-vous donné naissance à (NOM)? **RELANCEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE DE SOURCE.** **SI VOUS N’ARRIVEZ PAS A SAVOIR SI C’EST PRIVE OU PUBLIC, NOTEZ LE NOM DE L’ENDROIT.** **(NOM DE L’ENDROIT)** | MAISON CHEZ VOUS 1 CHEZ QUELQU’UN D’AUTRE 2SECTEUR PUBLIC  HÔPITAL PUBLIC 3 CLINIQUE / CENTRE DE SANTE PUBLIC 4 POSTE DE SANTE PUBLIC 5 AUTRE PUBLIC (PRECISER) 6SECTEUR PRIVE MEDICAL  HÔPITAL PRIVE 7 CLINIQUE PRIVE 8 ACCEUIL MATERNITE PRIVE 9 AUTRE PRIVE MEDICAL…………………………….10 AUTRE (PRECISER)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96  | 🡺 BA5🡺 BA5 |
| BA3 | Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l’accouchement, par exemple quelqu’un qui vous a posé desquestions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu’un acontrôlé votre état de santé pendantque vous étiez dans l’établissement ? | OUI 1NON 2 | 🡺BA6 |
| BA4 | Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ? | OUI 1NON 2 | 🡺BA6🡺BA8 |
| BA5 | Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l’accouchement, par exemple quelqu’un qui vous a posé desquestions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu’un a contrôlé votre état de santé après que vous ayez donné naissance à (NOM) ? | OUI 1NON 2 | 🡺BA8 |
| BA6 | Qui a examiné votre état de santé àce moment-là ? | PROFESSIONNEL DE LA SANTE:MEDECIN .1INFIRMIERE / SAGE-FEMME .2SAGE-FEMME AUXILIAIRE .3D’AUTRES PERSONNES  ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .4 RELAIS COMMUNAUTAIRE……………………….5 FAMILLE / AMI 6PERSONNE 7AUTRE (PRECISER)­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96 |  |
| BA7 | Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?**SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ****EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE,****ENREGISTREZ EN JOURS.** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

HEURESJOURSSEMAINESNE SAIT PAS 98 |  |
| BA8 | Dans les deux mois qui ont suivi lanaissance de (NOM), est-ce qu'unprofessionnel de la santé ou uneaccoucheuse traditionnelle aexaminé son état de santé ? | OUI 1NON 2NE SAIT PAS 98 | 🡺BA12🡺BA12 |
| BA9 | Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), le premier examen a-t-il eu lieu ?**SI MOINS D'UN JOUR, SEM. APRÈS ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

HEURESJOURSSEMAINESNE SAIT PAS 98 |  |
| BA10 | Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?**INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.** | PROFESSIONNEL DE LA SANTE:MEDECIN .1INFIRMIERE / SAGE-FEMME .2SAGE-FEMME AUXILIAIRE .3D’AUTRES PERSONNES  ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .4 RELAIS COMMUNAUTAIRE……………………….5 FAMILLE / AMI 6PERSONNE 7AUTRE (PRECISER)­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96 |  |
| BA11 | Où ce premier examen de (NOM) a-t-il eu lieu ? | MAISON CHEZ VOUS 1 CHEZ QUELQU’UN D’AUTRE 2SECTEUR PUBLIC  HÔPITAL PUBLIC 3 CLINIQUE / CENTRE DE SANTE PUBLIC 4 POSTE DE SANTE PUBLIC 5 AUTRE PUBLIC (PRECISER) 6SECTEUR PRIVE MEDICAL  HÔPITAL PRIVE 7 CLINIQUE PRIVE 8 ACCEUIL MATERNITE PRIVE 9 AUTRE PRIVE MEDICAL…………………………….10 AUTRE (PRECISER)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96  |  |
| BA12 | Après la naissance de (NOM) quel instrument a été utilisé pour couper le cordon ombilical? | LAME NEUVE /STERILE…..………………………………1LAME UTILISEE……………….……………………………..2COUTEAU……………………………..……………………….3CISEAUX..……………………….……………………………..4AUTRE (PRECISER)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96NE SAIT PAS…… 98 |  |
| BA13 | Est-ce que quelque chose a été mis sur le moignon du cordon ombilical après que le cordon de (NOM) a été coupé et attaché/clampé jusqu'à ce que le cordon soit tombé? | OUI 1NON 2NE SAIT PAS 98 | 🡺CH1🡺CH1 |
| BA14 | Qu’est-ce qui a été mis sur le moignon du cordon ombilical ? | ANTISEPTIQUE………………………………………………1RIEN……………………………………………………………...2MEDECINE TRADITIONNELLE…………………………3TERRE…………………………………………………………….4AUTRE (PRECISER)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96NE SAIT PAS 98  |  |

**Section 8: Visite à Domicile du Relais Communautaire**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| CH1 | Avez-vous eu la visite d’un RC?  | OUI 1NON 2 | 🡺 ET1 |
| CH2 | Avez-vous eu une visite à domicile d’un RC après avoir donné naissance à (NOM)?  | OUI 1NON 2 | 🡺 CH5 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CH3 | Le RC vous a rendu visite combien de temps après l’accouchement de (NOM) ?  | MÊME JOUR 1LENDEMAIN 2DANS LES 48 HEURES 3DANS LES 72 HEURES 44 A 6 JOURS 5UNE SEMAINE APRES 6UN MOIS APRES 7DEUX MOIS APRES 8TROIS (OU PLUS) MOIS APRES 9AUTRE (PRECISER)\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 96NE SAIT PAS 98 |  |
| CH4 | Qu’est-ce que le RC a fait lors de la visite? **ENTOUREZ TOUTES REPONSES MENTIONNEES**  | INFORMATION SUR L’HYGIENE, LAVAGE DES MAINS ET L’ASSAINISSEMENT 1CONSEILS SUR L’ALIMENTATION DES NOURRISSONS 2CONSEILS SUR L’ALLAITEMENT EXCLUSIF 3SOINS DU CORDON 4IDENTIFICATION ET ORIENTATION DES MALADIES 5INFORMATION SUR LES SOINS A DOMICILE DES NOURRISSONS MALADES 6AUTRE (PRECISER)­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 96 NE SAIT PAS 98 | 🡺ET1🡺ET1🡺ET1🡺ET1🡺ET1🡺ET1🡺ET1🡺ET1 |
| CH5 | Avez-vous eu la visite d’un RC au cours de ces trois derniers mois?  | OUI 1NON 2 | 🡺ET1 |
| CH6 | Qu’est-ce que le RC a fait lors de la visite? **ENTOUREZ TOUTES REPONSES MENTIONNEES** | INFORMATION SUR L’HYGIENE, LAVAGE DES MAINS ET L’ASSAINISSEMENT 1CONSEILS SUR L’ALIMENTATION DES NOURRISSONS 2CONSEILS SUR L’ALLAITEMENT EXCLUSIF 3SOINS DU CORDON 4IDENTIFICATION ET ORIENTATION DES MALADIES 5INFORMATION SUR LES SOINS A DOMICILE DES NOURRISSONS MALADES 6AUTRES (PRECISER)­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 96 NE SAIT PAS 98 |  |

**Section 9: La Prévention du VIH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| ET1 | Le VIH peut-il être transmis d’une mère à son bébé?  | OUI 1NON 2NE SAIT PAS 98 | 🡺ET5🡺ET5 |
| ET2 | Le virus qui cause le SIDA peut-il être transmis d’une mère à son bébé: [A] Lors de la grossesse? [B] Lors de l’accouchement? [C] Par le lait maternel?  |  OUI NON NSPLORS DE LA GROSSESSE 1 2 98LORS DE L’ACCOUCHEMENT 1 2 98PAR LE LAIT MATERNEL 1 2 98 |  |
| ET3 | Le risque de transmettre le VIH d’une mère infectée à son enfant peut-il être réduit?  | OUI 1NON 2NE SAIT PAS 98 | 🡺ET5🡺ET5 |
| ET4 | Quels sont les moyens de réduire la transmission du VIH d’une mère infectée à son enfant? **ENTOUREZ TOUTES REPONSES MENTIONNEES** **NE LISEZ PAS LES REPONSES POSSIBLES**  | ACCOUCHEMENT PAR UN AGENT DE SANTE FORME 1UTILISER DES ARV 2FAIRE LE TEST VIH ET EN RECEVOIR LES RESULTATS 3PREVENTION DU PALUDISME LORS DE LA GROSSESSE 4OPERER SUR LA MERE (CESARIENNE) 5PREVENTION DES, TRAITEMENT ET DEPSITAGE DES MST 6SERVICES CPN 7CONSOMMATION DU SIROP ARV PAR LE NOURRISSON 8SUPPLEMENTATION DE LA VITMAINE A ET DES COMPRIMES POUR DEPARASITER 9L’ALIMENTATION DE SUPPLEANCE 10ALLAITEMENT EXCLUSIF PENDANT LES SIX PREMIERS MOIS 11 AUTRE (PRECISER) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96NE SAIT PAS 98 |  |
| ET5 | Avez-vous été conseillée de faire un test VIH lors de votre grossesse de (NOM)?  | OUI 1NON 2 | 🡺BN1 |
| ET6 | Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous fait un test de SIDA dans le cadre de vos soins prénatals?  | OUI 1NON 2NE SAIT PAS 98 | 🡺BN1🡺BN1 |
| ET7 | Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous reçu les résultats de votre test de SIDA dans le cadre de vos soins prénatals?  | OUI 1NON 2NE SAIT PAS 98 | **🡺BN1****🡺BN1** |
| ET8 | Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ? | OUI 1NON 2NE SAIT PAS 98 |  |

**Section 10: Utilisation des Moustiquaires Lors de la Grossesse**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| BN1 | Avez-vous dormi sous une moustiquaire lors de votre grossesse de (NOM)?  | OUI 1NON 2 | 🡺 FIN |
| BN2 | La moustiquaire était-elle à longue durée?  | OUI 1NON 2NE SAIT PAS 98 | 🡺 FIN |
| BN3 | La moustiquaire sous laquelle vous dormiez lors de votre grossesse de (NOM) était-elle trempée dans un liquide au cours des six derniers mois?  | OUI 1NON 2NE SAIT PAS 98 |  |

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

**MERCI -FIN**