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

**LQAS SONDAGE DES MENAGES 2012**

**QUESTIONNAIRE POUR LES MERES DES ENFANTS AGES DE 0 – 59 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 ce sondage 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. 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 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’INTERROGEE 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: 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 ANNEES COMPLETES |  |

**Section 3: Approvisionnement en Eau**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| WS1 | Quelle est la source principale de l’eau potable pour les personnes de ce ménage?  **ENTOUREZ UNIQUEMENT UNE REPONSE** | L’EAU CANALISEE  CANALISEE AU SEIN DU DOMICILE 1  CANALISEE AU SEIN DU COMPLEXE, JARDIN OU PARCELLE 2  CANALISEE AU SEIN DU QUARTIER 3  ROBINET PUBLIC / CONDUITE VERTICALE 4  POMPE A EAU, FORAGE 5  PUITS CREUSE  PUITS PROTEGE 6  PUITS NON-PROTEGE 7  EAU DE SOURCE  SOURCE PROTEGEE 8  SOURCE NON-PROTEGEE 9  COLLECTE DE L’EAU DE PLUIE 10  CAMION-CITERNE 11  CHARETTE AVEC PETIT RESERVOIR/TAMBOUR 12  EAU DE SURFACE (RIVIERE, RUISSEAU, BARRAGE, LAC, ETANG, CANAL D’IRRIGATION) 13  EAU EN BOUTEILLE 14  AUTRE (PRECISER) 96 |  |
| WS2 | Traitez-vous l’eau pour qu’elle soit plus la rendre plus saine? | OUI..............................................................1  NON............................................................2 | 🡺HW1 |
| WS3 | Que faites-vous d’habitude à l’eau pour la rendre plus saine?  **ENTOUREZ TOUTE RESPONSE MENTIONNEE** | BOUILLIR 1  AJOUTER DE L’EAU DE JAVEL /DU CHLORE 2  FILTRER AVEC DU TISSU 3  UTILISER UN FILTRE A EAU (CERAMIQUE, SABLE, COMPOSITE, ETC) 4  DESINFECTION SOLAIRE 5  LA LAISSER SE DEPOSER .............................6  AUTRE (PRECISER)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96  NSP......................……………………………………98 |  |

**Section 4: Le Lavage des Mains**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| HW1 | Veuillez indiquer tous les cas où on devrait se laver les mains.  **NE LISEZ PAS LES REPONSES**    **ENTOUREZ TOUTES REPONSES MENTIONNEES**  . | AVANT DE MANGER …………………………………….1  APRES AVOIR MANGE ……………………………......2  AVANT DE PRIER ………………………...................3  AVANT D’ALLAITER OU DE DONNER A MANGER A UN ENFANT ................................4  AVANT DE CUISINER OU DE PREPARER A MANGER ….………………………………………………….5  APRES UNE SELLE/URINATION ……………….……6  APRES AVOIR NETTOYE UN ENFANT QUI A EU UNE SELLE OU APRES AVOIR CHANGE LA COUCHE D’UN ENFANT ….……………………………7  LORSQUE LES MAINS SONT SALES……………….8  APRES AVOIR NETTOYE LES TOILETTES OU UN POT ………………..............................................9  NE SAIT PAS ……………………………………………….10  AUTRE (PRECISER)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_96 |  |
| HW2 | Pourriez-vous me montrer où vous vous lavez les mains **d’habitude** et ce que vous utilisez pour vous laver les mains? | A 10 PAS DES TOILETTES...............................1  A 10 PAS DE LA CUISINE/L’ENDROIT OU ON CUISINE ................……………………………………..2  AILLEURS DANS LA MAISON OU JARDIN ..…..3  A L’EXTERIEUR DU JARDIN ………………………….4  PAS D’EMPLACEMENT SPECIFIQUE …………...5  PAS PERMIS DE VOIR .............................….…6 | 🡺LU1  🡺LU1 |
| HW3 | **OBSERVEZ:** Y a-t-il du savon disponible? | OUI................................................................1  NON...............................................................2 |  |
| HW4 | **OBSERVEZ:** Y a-t-il de l’eau disponible?  **OUVREZ L’EAU ET/OU VERIFIEZ LE RECIPIENT ET NOTEZ SI L’EAU EST PRESENTE PUIS ENTOUREZ UNE REPONSE** | OUI................................................................1  NON..............................................................2 |  |

**Section 5: Usage des Toilettes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| LU1 | Quel est le type de toilettes utilisées par les personnes dans ce ménage?  **ENTOUREZ UNE SEULE REPONSE** | CHASSE D’EAU / VERSER L’EAU  EVACUATION VERS UN SYSTEME D’EGOUTS ….1  EVACUATION VERS UNE FOSSE SEPTIQUE 2  EVACUATION VERS UNE FOSSE (LATRINE) 3  EVACUATION VERS UN AUTRE ENDROIT .4  EVACUATION VERS UN ENDROIT INCONNU / PAS SUR / NE SAIT PAS OU……………………..5  FOSSE LATRINE  FOSSE LATRINE AMELIOREE ET VENTILEE 6  FOSSE LATRINE COUVERTE 7  FOSSE LATRINE SANS COUVERCLE / FOSSE OUVERTE 8  TOILETTES A COMPOST 9  SEAU 10  TOILETTES SUSPENDUES, LATRINES SUSPENDUS 11  AUCUNE INSTALLATION, BROSSE, CHAMP 95  AUTRE (PRECISER)­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96 | 🡺BN1 |
| LU2 | Puis-je voir les toilettes? | OUI.............................................................1  NON............................................................2 | 🡺BN1 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LU3 | **OBSERVEZ ET NOTEZ LE TYPE DE TOILETTES** | CHASSE D’EAU / VERSER L’EAU  EVACUATION VERS UN SYSTEME D’EGOUTS 1  EVACUATION VERS UNE FOSSE SEPTIQUE 2  EVACUATION VERS UNE FOSSE (LATRINE) 3  EVACUATION VERS UN AUTRE ENDROIT .4  EVACUATION VERS UN ENDROIT INCONNU / PAS SUR / NE SAIT PAS OU..5  FOSSE LATRINE  FOSSE LATRINE AMELIOREE ET VENTILEE 6  FOSSE LATRINE COUVERTE 7  FOSSE LATRINE SANS COUVERCLE / FOSSE OUVERTE 8  TOILETTES A COMPOST 9  SEAU 10  TOILETTES SUSPENDUES, LATRINES SUSPENDUS 11  AUCUNE INSTALLATION, BROSSE, CHAMP 95  AUTRE (PRECISER)­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_98 |  |

**Section 6: Utilisation des Moustiquaires**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| BN1 | Y a-t-il des moustiquaires dans votre ménage actuellement? | OUI…………………..…………………………………..………1  NON………..……….…..……………………………………..2 | 🡺 CW1 |
| BN2 | Combien de moustiquaires y a-t-il? | |  |  | | --- | --- | |  |  |   NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES |  |
| BN3 | Avez-vous dormi sous une moustiquaire hier soir? | OUI…………………..………………………………………….1  NON………..……….…..…………………………………….2 |  |
| BN4 | (NOM) a-t-il/elle dormi sous une moustiquaire hier soir? | OUI…………………..………………………………………….1  NON………..……….…..…………………………………….2 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| BN5 | **VERIFIEZ LES QUESTIONS BN3 ET BN4:**  **SI (NOM) A DORMI AVEC SA MERE SOUS LA MÊME MOUSTIQUAIRE, ENTOUREZ « 1 » ICI ET REMPLISSEZ UNIQUEMENT LA COLONNE UN : MOUSTIQUAIRE DE LA MERE**  **SI (NOM) A DORMI SOUS SON PROPRE MOUSTIQUAIRE, ENTOUREZ « 2 » ICI ET REMPLISSEZ UNIQUEMENT LA COLONNE DEUX: MOUSTIQUAIRE DE L’ENFANT**  **SI NI (NOM) NI SA MERE N’ONT DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE ENTOUREZ « 3 » ICI ET REMPLISSEZ UNIQUEMENT LA COLONNE TROIS: MOUSTIQUAIRE DU MENAGE** | (NOM) A DORMI SOUS LA MÊME MOUSTIQUAIRE QUE SA MERE …..………….1  (NOM) A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE MAIS PAS AVEC  SA MERE ……..………………………………………..2  NI (NOM)NI SA MERE A DORMI SOUS UN MOUSTIQUAIRE ………………………….3 |  |

**POUR CETTE SECTION IL FAUDRA RENTRER DANS LA CHAMBRE POUR OBSERVER LES MOUSTIQUAIRES. VOUS N’AURIEZ PEUT-ÊTRE PAS LE DROIT DE RENTRER DANS L’ESPACE OU ON SE COUCHE. DEMANDEZ AU CHEF DU MENAGE DE VOUS DESIGNER UNE PERSONNE POUR VOUS ACCOMPAGNER (SI NECESSAIRE) LORSQUE VOUS OBSERVEZ LA MOUSTIQUAIRE.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **COLONNE 1 :**  **Moustiquaire de la mère** | **COLONNE 2 :**  **Moustiquaire de l’enfant** | **COLONNE 3 :**  **Moustiquaire du Ménage** |
| BN6 | **DEMANDEZ LA PERMISSION D’OBSERVER SI LA MOUSTIQUAIRE DE (NOM) ET/OU DE LA MERE EST SUSPENDUE AUDESSUS**  **DE LA OU ILS SE COUCHENT** | MOUSTIQUAIRE  SUSPENDUE....................1  PAS DE MOUSTIQUAIRE SUSPENDUE….…..………...2  RANGEE POUR L’UTILISATION JOURNALIERE……….........3  N’A PAS PU OBSERVE......4 | MOUSTIQUAIRE  SUSPENDUE....................1  PAS DE MOUSTIQUAIRE SUSPENDUE….…..………...2  RANGEE POUR L’UTILISATION JOURNALIERE……….........3  N’A PAS PU OBSERVE......4 | MOUSTIQUAIRE  SUSPENDUE....................1  PAS DE MOUSTIQUAIRE SUSPENDUE….…..………...2  RANGEE POUR L’UTILISATION JOURNALIERE……….........3  N’A PAS PU OBSERVE......4 |
| BN7 | Est-ce quelqu’un a dormi sous la moustiquaire hier soir? | OUI……..……………………....1  NO………..........................2 | OUI……..……………………....1  NO………..........................2 | OUI……..……………………....1  NO………..........................2 |
| BN8 | Vous avez obtenu la moustiquaire il y a combien de temps ?  **SI MOINS D’UN MOIS, NOTEZ «00 »** | NOMBRE DE MOIS \_\_\_ \_\_\_  NSP / PAS SUR …………..98 | NOMBRE DE MOIS \_\_\_ \_\_\_  NSP / PAS SUR …………..98 | NOMBRE DE MOIS \_\_\_ \_\_\_  NSP / PAS SUR …………..98 |
| BN9 | Observez ou demandez la marque de la moustiquaire | MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES A LONGUE DUREE  MARQUE A 11  MARQUE B 12  MARQUE C 13  AUTRE (*PRECISER)* 14  NE CONNAIT PAS LA  MARQUE 15  MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES  MARQUE D 16  MARQUE E 17  MARQUE F 18  AUTRE (*PRECISER)* 19  NE CONNAIT PAS LA  MARQUE 20  AUTRE MOUSTIQUAIRE  *(PRECISER)*  ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96  NE CONNAIT PAS LA MARQUE/TYPE …………………..98  PAS PERMIS D’OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE **(SAUT** 🡺**CH1)**…………………….99 | MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES A LONGUE DUREE  MARQUE A 21  MARQUE B 22  MARQUE C 23  AUTRE (*PRECISER)* 24  NE CONNAIT PAS LA  MARQUE 25  MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES  MARQUE D 26  MARQUE E 27  MARQUE F 28  AUTRE (*PRECISER)* 29  NE CONNAIT PAS LA  MARQUE 30  AUTRE MOUSTIQUAIRE  *(PRECISER)*  ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96  NE CONNAIT PAS LA MARQUE/TYPE …………………..98  PAS PERMIS D’OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE **(SAUT** 🡺**CH1)**…………………….99 | MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES A LONGUE DUREE  MARQUE A 31  MARQUE B 32  MARQUE C 33  AUTRE (*PRECISER)* 34  NE CONNAIT PAS LA  MARQUE 35  MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES  MARQUE D 36  MARQUE E 37  MARQUE F 38  AUTRE (*PRECISER)* 39  NE CONNAIT PAS LA  MARQUE 40  AUTRE MOUSTIQUAIRE  *(PRECISER)*  ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96  NE CONNAIT PAS LA MARQUE/TYPE …………………..98  PAS PERMIS D’OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE **(SAUT** 🡺**CH1)**…………………….99 |
| BN10 | **OBSERVEZ LA CONDITION DE LA MOUSTIQUAIRE ET NOTEZ UNE DE TROIS REPONSES** | AVEC DES TROUS …….…..1  SANS TROUS .....…….…….2  PAS OBSERVER..…………..3 | AVEC DES TROUS …….…..1  SANS TROUS .....…….…….2  PAS OBSERVER..…………..3 | AVEC DES TROUS …….…..1  SANS TROUS .....…….…….2  PAS OBSERVER..…………..3 |

**Section 7: Visite à Domicile du Relais Communautaire**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| CW1 | Avez-vous eu la visite d’un RC? | OUI…………………………………………………1  NON……………………………………………….2 | 🡺 DS1 |
| CW2 | Avez-vous eu la visite d’un RC au cours de ces trios derniers mois? | OUI…………………………………………………1  NON………………………………………………2 | 🡺DS1 |
| CW3 | 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...........................1  CONSEILS SUR L’ALIMENTATION DES NOURRISSONS..................................2  CONSEILS SUR L’ALLAITEMENT EXCLUSIF…………...............................3  SOINS DU CORDON..........................4  IDENTIFICATION ET ORIENTATION  DES MALADIES.................................5  INFORMATION SUR LES SOINS A DOMICILE DES NOURRISSONS MALADES ......………………………………..6  AUTRE (PRECISER)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 96    NE SAIT PAS …………….…...…………..98 |  |

**Section 8: Les Connaissances des Signes d’Alertes du Paludisme, de la Diarrhée et de la Pneumonie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| DS1 | Quels sont les signes qui démontrent qu’un enfant avec la diarrhée devient gravement malade?  **ENTOUREZ TOUTE REPONSE MENTIONNEE**  **RELANCEZ: AUTRES CHOSES?** | INCAPABLE D’ALLAITER OU  BOIRE…………………………………………….1  VOMIT TOUT………………...................2  CONVULSIONS.................................3  LETHARGIQUE OU INCONSCIENT…..4  AUTRE (PRECISER)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96  NE SAIT PAS…….……...............……….98 |  |
| DS2 | Quels sont les signes qu’un enfant avec de la fièvre devient gravement malade?  **ENTOUREZ TOUTE REPONSE MENTIONNEE** | INCAPABLE D’ALLAITER OU  BOIRE……………………………………………1  VOMIT TOUT…………………………………2  CONVULSIONS……………………………..3  LETHARGIQUE OU INCONSCIENT….4  YEUX JAUNES………………………………..5  URINE NOIRE…………………………………6  AUTRE (PRECISER)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96    NE SAIT PAS………………………………….98 |  |
| DS3 | Quels sont les signes qu’un enfant avec une toux et des difficultés à respirer devient gravement malades?  **ENTOUREZ TOUTE REPONSE MENTIONNEE** | INCAPABLE D’ALLAITER OU  BOIRE…………………………………………….1  RESPIRATION DIFFICILE ET  RAPIDE…………………………………………..2  TOUX……………………………………………..3  VOMIT TOUT………………………………….4  CONVULSIONS………………………………5  LETHARGIQUE OU INCONSCIENT….6  FIEVRE…………………………………………...7  FATIGUE………………………………………..8  AUTRE (PRECISER)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96  NE SAIT PAS …………………………………98 |  |

**Section 9: La Préparation de la Solution de Réhydration Orale (SRO)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| OR1 | Avez-vous entendu parler de la SRO? | OUI………………………………………………..1  NON………………………………………………2 | 🡺 PR1 |
| OR2 | Avez-vous déjà utilisé de la SRO? | OUI………………………………………………..1  NON………………………………………………2  NE SAIT PAS ………………………………..98 | 🡺 OR4  🡺 OR4 |
| OR3 | Où procurez-vous de la SRO normalement? | HÔPITAL ……………………………………….1  CLINIQUE………………...…………………..2  CENTRE DE SANTE ……………….........3  RC...................................................4  MEDECIN PRIVE.................……….….5  PHARAMACIE …………….………………..6  MAGASINS LOCAUX ……………..……..7  AUTRE (PRECISER)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_98 |  |
| OR4 | Savez-vous préparer de la SRO? | OUI………………………………………………..1  NON………………………………………………2 | 🡺 PR1 |
| OR5 | Pourriez-vous montrer comment préparer de la SRO?  **(DONNEZ A LA MERE QUELQUES SACHETS SRO TROUVES AUX ALENTOURS)**  **NOTEZ SI LA MERE A PREPARE LA SRO CORRECTMENT OU PAS. ENTOUREZ 1 (CORRECTEMENT) SI LA MERE SUIT LES CINQ ETAPES CI-DESSOUS :**  **SACHETS SRO**  1. Lavage des mains avec du savon \_\_\_\_    2. Utilise d’eau potable propre \_\_\_\_  3. Utilise un litre d`eau en mesurant le liquide avec un récipient marqué que vous avez avec vous \_\_\_\_  4. Utilise tout le sachet SRO \_\_\_\_  5. Fait dissoudre entièrement la  poudre \_\_\_\_ | DEMONTRE CORRECTMENT…………1  NE DEMONTRE PAS  CORRECTMENT…………………………….2 |  |

**Section 10: La Prévalence de la Diarrhée, de la Toux et de la Fièvre**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| PR1 | Au cours des deux dernières semaines, a (NOM) souffert de la diarrhée? | OUI………………………………1  NON…………………………….2  NE SAIT PAS……………….98 | 🡺 ADMINISTRER LE QUESTIONNAIRE SUR LA DIARHEE (SI NECESSAIRE) |
| PR2 | Au cours des deux dernières semaines, a (NOM) eu de la fièvre? | OUI……………………………..1  NON…………….……………..2  NE SAIT PAS.…….........98 | 🡺 ADMINISTRER LE QUESTIONNAIRE SUR LA FIEVRE (SI NECESSAIRE) |
| PR3 | Au cours des deux dernières semaines, a (NOM) souffert d’une toux et des difficultés à respirer/respiration rapide? | OUI……………………………..1  NON…………….……………..2  NE SAIT PAS...……........98 | 🡺FIN  🡺FIN |
| PR4 | 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 | 🡺 FIN  🡺 ADMINISTRER LE QUESTIONNAIRE SUR L’IRA (SI NECESSAIRE)  🡺 ADMINISTRER LE QUESTIONNAIRE SUR L’IRA (SI NECESSAIRE) |

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

**MERCI - FIN**