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

**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 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 MOIS COMPLETES |  |

**Section 3: L’allaitement exclusif**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| BF1 | Avez-vous allaité (NOM)? | OUI 1  NON 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 00  HEURES……………… …………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 1  NON 2 |  |
| BF4 | Allaite-t-il/elle toujours? | OUI 1  NON 2  NE 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 1  EAU? 2  LAIT MATERNISE? 3  D’AUTRES LAITS TELS QUE LE LAIT RECONSTITUE, EN BOÎTE OU FRAIS D’UN ANIMAL 4  JUS DE FRUIT? 5  THE OU CAFE OR INFUSIONS? 6  SOUPE LEGERE OU BOUILLION? 7  SRO 8  MEDICAMENTS LIQUIDES OU SEMI-LIQUIDES TRADITIONELS ? 9  RIEN 10  AUTRE LIQUIDE (PRECISER)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96 |  |
| BF7 | (NOM), a-t-il/elle mangé des aliments solides ou semi-solides durant la journée ou la nuit ? | OUI 1  NON 2  NE SAIT PAS 98 |  |
| BF8 | (NOM) a-t-il/elle bu quelque chose d’un biberon hier ou hier soir? | OUI 1  NON 2  NE 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 1  NON 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 1 INFIRMIERE / SAGE-FEMME 2 SAGE-FEMME AUXILIAIRE 3  D’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 1  OUI, MAIS PAS DISPONIBLE/PERDUE/EGAREE 2  JAMAIS EU DE CARTE 3  NE 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…………………………………….…1  PLUS DE 3 MOIS…………………………………………..2  NE 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 1  NON 2  NE 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 1  CHLOROQUINE 2  NE SAIT PAS……………………………………………….98  AUTRE (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 1 INFIRMIERE / SAGE-FEMME 2 SAGE-FEMME AUXILIAIRE 3  D’AUTRES PERSONNES  ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 4  RELAIS COMMUNAUTAIRE 5  FAMILLE / AMI 6  PERSONNE 7  AUTRE (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 2  SECTEUR PUBLIC  HÔPITAL PUBLIC 3  CLINIQUE / CENTRE DE SANTE PUBLIC 4  POSTE DE SANTE PUBLIC 5  AUTRE PUBLIC (PRECISER) 6  SECTEUR 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 des  questions sur votre santé ou vous a examinée.  Est-ce que quelqu’un a  contrôlé votre état de santé pendant  que vous étiez dans l’établissement ? | OUI 1  NON 2 | 🡺BA6 |
| BA4 | Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ? | OUI 1  NON 2 | 🡺BA6  🡺BA8 |
| BA5 | Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l’accouchement, par exemple quelqu’un qui vous a posé des  questions 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 1  NON 2 | 🡺BA8 |
| BA6 | Qui a examiné votre état de santé à  ce moment-là ? | PROFESSIONNEL DE LA SANTE: MEDECIN .1 INFIRMIERE / SAGE-FEMME .2 SAGE-FEMME AUXILIAIRE .3  D’AUTRES PERSONNES  ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .4  RELAIS COMMUNAUTAIRE……………………….5  FAMILLE / AMI 6  PERSONNE 7  AUTRE (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.** | |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  |  |   HEURES  JOURS  SEMAINES  NE SAIT PAS 98 |  |
| BA8 | Dans les deux mois qui ont suivi la  naissance de (NOM), est-ce qu'un  professionnel de la santé ou une  accoucheuse traditionnelle a  examiné son état de santé ? | OUI 1  NON 2  NE 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.** | |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  |  |   HEURES  JOURS  SEMAINES  NE 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 .1 INFIRMIERE / SAGE-FEMME .2 SAGE-FEMME AUXILIAIRE .3  D’AUTRES PERSONNES  ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .4  RELAIS COMMUNAUTAIRE……………………….5  FAMILLE / AMI 6  PERSONNE 7  AUTRE (PRECISER)  ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96 |  |
| BA11 | Où ce premier examen de (NOM) a-t-il eu lieu ? | MAISON  CHEZ VOUS 1  CHEZ QUELQU’UN D’AUTRE 2  SECTEUR PUBLIC  HÔPITAL PUBLIC 3  CLINIQUE / CENTRE DE SANTE PUBLIC 4  POSTE DE SANTE PUBLIC 5  AUTRE PUBLIC (PRECISER) 6  SECTEUR 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…..………………………………1  LAME UTILISEE……………….……………………………..2  COUTEAU……………………………..……………………….3  CISEAUX..……………………….……………………………..4  AUTRE (PRECISER)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96  NE 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 1  NON 2  NE SAIT PAS 98 | 🡺CH1  🡺CH1 |
| BA14 | Qu’est-ce qui a été mis sur le moignon du cordon ombilical ? | ANTISEPTIQUE………………………………………………1  RIEN……………………………………………………………...2  MEDECINE TRADITIONNELLE…………………………3  TERRE…………………………………………………………….4  AUTRE (PRECISER)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96  NE 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 1  NON 2 | 🡺 ET1 |
| CH2 | Avez-vous eu une visite à domicile d’un RC après avoir donné naissance à (NOM)? | OUI 1  NON 2 | 🡺 CH5 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CH3 | Le RC vous a rendu visite combien de temps après l’accouchement de (NOM) ? | MÊME JOUR 1  LENDEMAIN 2  DANS LES 48 HEURES 3  DANS LES 72 HEURES 4  4 A 6 JOURS 5  UNE SEMAINE APRES 6  UN MOIS APRES 7  DEUX MOIS APRES 8  TROIS (OU PLUS) MOIS APRES 9  AUTRE (PRECISER)  \_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 96  NE 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 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 | 🡺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 1  NON 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 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  AUTRES (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 1  NON 2  NE 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 NSP  LORS DE LA GROSSESSE 1 2 98  LORS DE L’ACCOUCHEMENT 1 2 98  PAR 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 1  NON 2  NE 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 1  UTILISER DES ARV 2  FAIRE LE TEST VIH ET EN RECEVOIR LES RESULTATS 3  PREVENTION DU PALUDISME LORS DE LA GROSSESSE 4  OPERER SUR LA MERE (CESARIENNE) 5  PREVENTION DES, TRAITEMENT ET DEPSITAGE DES MST 6  SERVICES CPN 7  CONSOMMATION DU SIROP ARV PAR LE NOURRISSON 8  SUPPLEMENTATION DE LA VITMAINE A ET DES COMPRIMES POUR DEPARASITER 9  L’ALIMENTATION DE SUPPLEANCE 10  ALLAITEMENT EXCLUSIF PENDANT LES SIX PREMIERS MOIS 11  AUTRE (PRECISER)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96  NE SAIT PAS 98 |  |
| ET5 | Avez-vous été conseillée de faire un test VIH lors de votre grossesse de (NOM)? | OUI 1  NON 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 1  NON 2  NE 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 1  NON 2  NE 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 1  NON 2  NE 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 1  NON 2 | 🡺 FIN |
| BN2 | La moustiquaire était-elle à longue durée? | OUI 1  NON 2  NE 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 1  NON 2  NE SAIT PAS 98 |  |

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

**MERCI -FIN**