

Questionnaire Patient 2003

		Nom	Code
1	Enquêteur		_ _ _
2	Superviseur		_ _ _
3	Opérateur de Saisie		_ _ _
4	Délégation régionale		_ _ _
5	Ancienne Préfecture		_ _ _
6	District Sanitaire		_ _ _
7	Centre de Santé/Hôpital		_ _ _
8	Responsable du Centre de Santé/Hôpital		
9	Nom du Patient		

10	Date de l'Interview	Jour	Mois	Heure Début de l'interview	Heure Fin de l'interview	Résultat
		_ _	_ _	_ _ : _ _	_ _ : _ _	_

Enregistrement des données	Jour	Mois	Résultat	<u>Code Résultat</u>
Date d'entrée des données	_ _	_ _	_	Questionnaire complété = 1 Questionnaire incomplet = 2 Absence Temporaire = 3 Absence prolongée = 4 Indisponibilité = 5 Refus de répondre = 6
Première Entrée	_ _	_ _	_	
Seconde Entrée	_ _	_ _	_	
Supervision	Jour	Mois	Initiales	
Confirmation	_ _	_ _	_	
Enquête complète	_ _	_ _	_	
Entrée des données complète	_ _	_ _	_	

Code données

Non-applicable : NA

Ne sait pas : NSP

Refus de répondre : RR

Inaccessible : INAC

Section 1: Raisons de la Visite au Centre de Santé

1	Quelle est la raison de votre visite à ce centre de santé aujourd'hui?	Recevoir un traitement pour une maladie ou une blessure = 1	_ _	Si 1 ou 2 → 2 Sinon → Section 2 Q1
		Accompagner un enfant malade ou blessé = 2		
		Vacciner un enfant = 3		
		Soins Pré- ou post-natals = 4		
		Visite de Planning Familial = 5		
		Accouchement = 6		
		Hospitalisation = 7		
		Achat de Médicaments (sans consultation) = 8		
		Recevoir des Résultats de Tests = 9		
		Autres Raisons liées à la santé (Préciser) = 10		
2	Décrivez les symptômes que vous (ou l'enfant) avez ressentis pour cette maladie:		Oui = 1 Non = 2	
(a)	Fièvre/Paludisme		_	
(b)	Diarrhée		_	
(c)	Diarrhée avec du sang dans les selles		_	
(d)	Accident		_	
(e)	Problèmes de dents		_	
(f)	Maladies de la peau		_	
(g)	Problèmes des yeux		_	
(h)	Problèmes des oreilles, du nez ou de la gorge		_	
(i)	Vers		_	
(j)	Toux Prolongée et perte de poids		_	
(k)	Toux persistante		_	
(l)	Autre _____		_	
3	Depuis combien de jours vous (ou l'enfant) développez ces symptômes?		_ _	

Section 2: Accessibilité du Centre de Santé

1	A quelle distance (en kms) se trouve votre maison ?			_ _ _ _
2	Quel moyen de transport utilisez-vous pour vous rendre à ce Centre de Santé?	Voiture/moto = 1 Transport public = 2 Bicyclette = 3 Charrette = 4 Marche à pied = 5 Autre_(Préciser)_____ = 6		_
3	Combien de temps mettez-vous de votre maison pour arriver à ce Centre de Santé?	(a) Saison sèche	Heures : Minutes	_ _ _ : _ _ _
		(b) Saison pluvieuse:		_ _ _ : _ _ _
4	Avez-vous payé pour venir ici?	Oui = 1 Non = 2		_
5	Combien avez-vous dépensé au total pour votre déplacement à ce Centre de Santé? (Coût total du transport) (CFA)			_ _ _ _ _ _
6	Avez-vous une activité dans les environs du Centre de Santé?	Achats = 1 Activité commerciale = 2 Activité salariée = 3 Autre_____ = 4 Non applicable = 5		_

Si Non
→ 6

7	Y a-t-il d'autres prestataires de services de santé proches de votre maison où vous pourriez bénéficier des mêmes soins?	Oui = 1 Non = 2	Distance en kilomètres de votre maison au prestataire de santé de ce type le plus proche	Temps en Minutes pour vous rendre de votre maison chez ce prestataire hh:mn
(a)	Centre de Santé Public	_	_ _ _ _ _	_ _ _ : _ _ _
(b)	Centre de Santé Privé	_	_ _ _ _ _	_ _ _ : _ _ _
(c)	Hôpital	_	_ _ _ _ _	_ _ _ : _ _ _
(d)	Pharmacie	_	_ _ _ _ _	_ _ _ : _ _ _
(e)	Organisme Religieux ou ONG	_	_ _ _ _ _	_ _ _ : _ _ _
(f)	Guérisseur Traditionnel	_	_ _ _ _ _	_ _ _ : _ _ _
(g)	Docteur Choukou	_	_ _ _ _ _	_ _ _ : _ _ _
(h)	Autre (Préciser) _____	_	_ _ _ _ _	_ _ _ : _ _ _

8	Avez vous visité pour la même maladie un de ces prestataires de services de santé avant de venir à ce centre de santé ?	Oui= 1 Non=2	Si Oui, Donnez le nom	Combien avez vous payé ? (CFA)
	(1)	(2)	(3)	(4)
(a)	Centre de Santé Public	__		_ _ _ _ _ _ _
(b)	Centre de Santé Privé	__		_ _ _ _ _ _ _
(c)	Hôpital	__		_ _ _ _ _ _ _
(d)	Pharmacie	__		_ _ _ _ _ _ _
(e)	Organisme Religieux ou ONG	__		_ _ _ _ _ _ _
(f)	Guérisseur Traditionnel	__		_ _ _ _ _ _ _
(g)	Docteur Choukou	__		_ _ _ _ _ _ _
(h)	Autre _(Préciser) _____	__		_ _ _ _ _ _ _

9	Venez-vous d'habitude à ce Centre de Santé?	Oui = 1 Non = 2	__
10	Pourquoi avez-vous choisi ce Centre pour vos Soins de Santé plutôt qu'un autre?	Oui = 1 Non = 2	
(a)	Ce centre de santé est le plus proche	__	
(b)	Les autres centres de santé n'offrent pas les soins requis pour mes symptômes	__	
(c)	Les autres centres sont de mauvaise qualité	__	
(d)	Le temps d'attente est court	__	
(e)	Ce centre est proche du marché / des boutiques	__	
(f)	Bonne qualité des soins et des services	__	
(g)	Les médicaments sont toujours disponibles dans ce centre	__	
(h)	Personnel de centre accueillant et amical	__	
(i)	Soins et médicaments moins chers	__	
(j)	Autre (Préciser) _____	__	

Section 3: Au Centre de Santé

Temps d'attente

1	A votre arrivée à ce Centre de Santé, combien de temps avez-vous patienté avant d'être reçu par un docteur ou un infirmier?	Heures et Minutes	_ _ : _ _	
2	Pensez-vous que ce temps d'attente soit plus long ou plus court comparativement aux autres malades qui étaient présents?	Moins long =1 Plus long = 2 Identique =3 Ne sait pas =NSP	_	Si 1 → 3 Si 2 → 4
3	A votre avis, pourquoi avez-vous attendu moins longtemps que les autres?	Mon cas était urgent = 1 Je connais le Personnel = 2 J'avais pris un rendez-vous = 3 J'ai payé pour passer plus tôt = 4 Autre _____ = 5 Ne sait pas = NSP	_	→ 5
4	A votre avis, pourquoi avez-vous attendu plus longtemps que les autres?	Mon cas était bénin = 1 Je ne connais pas le personnel = 2 Certains ont payé pour avoir un traitement spécial = 3 Autre _____ = 4 Ne sait pas =NSP	_	

La Consultation

5	Vous avez été soigné par un homme ou par une femme ?	Homme = 1 Femme = 2	_
6	Vous préférez être reçu par un homme ou par un femme?	Homme = 1 Femme = 2 Indifférent = 3 Ne sait pas =NSP	_
7	Combien de temps avez-vous passé avec l'agent qui vous a soigné?	Minutes (Ne sait pas = NSP)	_ _
8	Quelle était l'attitude de cet agent?	Très amical = 1 Amical = 2 Ni amical ni inamical = 3 Inamical = 4 Très inamical = 5	_
9	Pensez-vous maintenant mieux comprendre les symptômes de votre maladie?	Oui, beaucoup mieux = 1 Oui, un peu mieux = 2 Non, pas mieux du tout = 3	_

10	Avez-vous fait des tests de laboratoire aujourd'hui?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	Si Non → 12
11	L'agent de santé vous a-t-il expliqué pourquoi vous devez faire ces tests de laboratoire?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	

12	Avez-vous reçu une ordonnance aujourd'hui pour des médicaments?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	Si Non → 14
----	---	--------------------	--------------------------	----------------

DEMANDER A VOIR L'ORDONNANCE. RETRANSCRIRE LES NOMS DE TOUS LES MEDICAMENTS PRESCRITS (REPERER SI POSSIBLE LES ANTIBIOTIQUES).

13	Nom des Médicaments	Posologie expliquée ? Oui = 1, Non = 2	Pouvez-vous estimer le montant à payer ? (en CFA) (Ne sait pas =NSP)
	(1)	(2)	(3)
(a)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(b)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(c)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(d)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(e)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

14	Avez-vous reçu gratuitement des médicaments dans ce Centre aujourd'hui?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
15	Savez-vous exactement combien de comprimés de chaque vous devez prendre chaque jour?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
16	Savez-vous exactement comment et pendant combien de temps vous devez prendre ce médicament?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>

17	L'agent de santé vous a-t-il parlé d'un quelconque de ces sujets?	Oui = 1 Non = 2
(a)	Comment améliorer la santé de vos enfants ?	<input type="checkbox"/>
(b)	Planning Familial	<input type="checkbox"/>
(c)	Les causes du VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>
(d)	Comment réduire les risques du paludisme ?	<input type="checkbox"/>
(e)	Autre (Préciser) _____	<input type="checkbox"/>

Section 4: Paiements et perceptions

1	Avez-vous payé des frais aujourd'hui?	Oui = 1 Non = 2	_ _	Si Oui → 3
2	Pourquoi n'avez-vous pas payé?	Les soins sont toujours gratuits pour tous = 1 Je connais le personnel soignant = 2 Je bénéficie de soins gratuits = 3 Je paierai plus tard = 4 J'ai déjà payé pour cette maladie d'une autre visite = 5 Autre _____ = 6 Ne sais pas = NSP	_ _	→ 4
3	Combien avez-vous payé aujourd'hui ou lors d'une visite antérieure pour: (Préciser et valoriser si en nature)		(CFA)	
(a)	La Consultation		_ _ _ _ _ _ _	
(b)	Les Tests		_ _ _ _ _ _ _	
(c)	Les Médicaments		_ _ _ _ _ _ _	
(d)	Total si frais non dissociés		_ _ _ _ _ _ _	
4	Avez-vous offert un cadeau en argent ou en nature à un agent de ce centre de santé ?	Oui = 1 Non = 2	_ _	Si Non → 7
5	A combien estimez-vous la valeur de ce cadeau ? (CFA)		_ _ _ _ _ _ _	
6	Ce montant est-il inclus dans le total enregistré plus haut (question 3)?	Oui = 1 Non = 2	_ _	
7	Pensez-vous que le montant total que vous avez payé est raisonnable (incluant les cadeaux s'il y'a lieu)?	Oui = 1 Plutôt élevé = 2 Trop élevé = 3	_ _	
8	Si vous revenez pour la même maladie, payerez-vous encore?	Oui= 1 Non= 2 Ne sais pas= NSP	_ _	

9	Pour les types de maladie ou service suivants, pensez vous qu'il soit important de se rendre dans un Centre de Santé?	Très important	= 1
		Important	= 2
		Ni important ni sans importance	= 3
		De peu d'importance	= 4
		Sans importance	= 5
		<i>Ne sait pas</i>	= NSP
(a)	Vaccination des Enfants	<input type="checkbox"/>	
(b)	Soins pré et post natals	<input type="checkbox"/>	
(c)	Accouchements	<input type="checkbox"/>	
(d)	Paludismes des Adultes	<input type="checkbox"/>	
(e)	Paludismes des Enfants	<input type="checkbox"/>	
(f)	Diarrhée des Enfants	<input type="checkbox"/>	
(g)	Toux prolongée	<input type="checkbox"/>	
(h)	Maladies Sexuellement Transmissibles	<input type="checkbox"/>	
(i)	Autre (Préciser) _____	<input type="checkbox"/>	

10	Pour les types de maladie ou service suivants où vous rendez en premier?	Ce centre de santé	= 1
		Un autre centre (Préciser)	= 2
		A l'hôpital	= 3
		A la pharmacie	= 4
		ONG / Organisme religieux	= 5
		Guérisseur traditionnel	= 6
		Accoucheuse traditionnelle	= 7
		Préfère rester à la maison	= 8
		<i>Ne sait pas</i>	= NSP
(a)	Vaccination des Enfants	<input type="checkbox"/>	
(b)	Soins pré et post natals	<input type="checkbox"/>	
(c)	Accouchements	<input type="checkbox"/>	
(d)	Paludismes des Adultes	<input type="checkbox"/>	
(e)	Paludismes des Enfants	<input type="checkbox"/>	
(f)	Diarrhée des Enfants	<input type="checkbox"/>	
(g)	Toux prolongée	<input type="checkbox"/>	
(h)	Maladies Sexuellement Transmissibles	<input type="checkbox"/>	
(i)	Autre (Préciser) _____	<input type="checkbox"/>	

Section 5: Caractéristiques Personnelles

1	Sexe du Répondant (NE PAS LIRE)	Masculin = 1 Féminin = 2	_	
2	Quel est votre âge ? (Ne sais pas = NSP)		_ _	
→ 43 SI LE REpondant EST AUSSI LE PATIENT				
3	De quel sexe est l'enfant que vous accompagnez ?		_	
4	Quel est l'âge de votre enfant que vous accompagnez? (Ne sais pas = 99)		_ _	
5	Avez-vous été à l'école ?	Oui = 1 Non = 2	_	Si Non → 7
6	Quel est le niveau le plus élevé que vous avez atteint?	Alphabétisé = 1 Enseignement Primaire. = 2 Enseignement Secondaire 1 ^{er} cycle = 3 Enseignement Secondaire 2 ^e cycle = 4 Enseignement Technique = 5 Enseignement Technique Médical = 6 Enseignement Supérieur = 7 Autre (Préciser) _____ = 8	_	
7	Percevez-vous actuellement un salaire pour un travail quelconque?	Oui = 1 Non = 2	_	Si Non → 9
8	Pour qui travaillez-vous?	Gouvernement/ Etat = 1 Secteur Public = 2 Secteur Privé = 3 Pour mon propre compte = 4 Employé dans une maison = 5 Agriculteur = 6 Autre (Préciser) _____ = 7	_	
9	A peu près combien avez-vous gagné le mois dernier? (FCFA)		_ _ _ _ _ _	
10	Un autre membre de votre ménage perçoit-il un salaire quelconque?	Oui = 1 Non = 2	_	
11	Pouvez-vous évaluer les revenus totaux mensuels de votre ménage ? ('CFA)		_ _ _ _ _ _	

12	Vous ou un membre quelconque de votre ménage possède-t-il un de ces biens?		Oui = 1 Non = 2
(a)	Voiture /camionnette		<input type="checkbox"/>
(b)	Motocyclette		<input type="checkbox"/>
(c)	Bicyclette		<input type="checkbox"/>
(d)	Lit ou matelas		<input type="checkbox"/>
(e)	Radio		<input type="checkbox"/>
(f)	Montre		<input type="checkbox"/>
(g)	Machine à coudre		<input type="checkbox"/>
(h)	Poêle électrique ou à gaz		<input type="checkbox"/>
(i)	Télévision		<input type="checkbox"/>
(j)	Frigidaire/ congélateur		<input type="checkbox"/>
(k)	Fer à repasser électrique/charbon		<input type="checkbox"/>
13	De quoi sont faits les murs de votre habitat?	En dur/briques = 1 Boue/paille = 2 Autre (précisez) = 3	<input type="checkbox"/>
14	Mode d'éclairage	Electricité =1 Lampe à pétrole =2 Bois/tige/paille =3 Autre (précisez) =4	<input type="checkbox"/>
15	Caractéristiques du logement : Toit	Tôle =1 Ciment/Béton =2 Nattes =3 Terre battue =4 Autre (à préciser) =5	<input type="checkbox"/>
16	Caractéristiques du logement : Sol	Carreau =1 Ciment/Béton =2 Terre battue =3 Autre (à préciser) =4	<input type="checkbox"/>
17	Source d'eau	Robinet =1 Eau de surface =2 Puits =3 Revendeur =4 Autre (à préciser) =5	<input type="checkbox"/>
18	Type de toilette	Avec chasse d'eau =1 Latrine moderne =2 Trou dans la parcelle =3 Pas de toilette =4	<input type="checkbox"/>
19	Source de combustible	Electricité / Gaz =1 Charbon de bois =2 Pétrole =3 Bois =4 Autre (à préciser) =5	<input type="checkbox"/>