

ENQUÊTE SUR LES PATIENTS SORTANTS

Code patient	Code Enquêteur	Code contrôleur	Code Opérateur de saisie	No. Superviseur

Id1. Zone sanitaire :		Id2. Département : _____		/ _ / _ /	
1. Banikoara		/ _ / _ /		Id3. Commune : _____	
2. Zogbodomey/Bohicon/Zakpota				/ _ /	
3. Adjohoun/Dangbo/Bonou				Id4. Arrondissement : _____	
4. Porto-Novo/ Sèmè-Kpodji/ Aguégus				/ _ / _ /	
5. Kouandé/ Pehunco/Kerou				Id5. Quartier de ville/ village : _____	
6. Lokossa/Athiémé				/ _ / _ /	
7. Ouidah/Kpomassè/Tori				Id6. Centre de santé : _____	
8. Covè/Ouinhi/Zangnanado				/ _ / _ / _ /	
9. Savalou/Bantè				Id7. Nom du prestataire (Si FS	
10. Savè/Ouèssè				Médicament, inscrire 9) : _____	
				/ _ /	
				Id8. Qualification du prestataire (Si	
				FS Médicament, inscrire 9) : _____	
				/ _ /	
Type de milieu :		Urbain	1	Rural	2

Enquêteur : Après avoir sélectionné le répondant suivant la méthodologie exposée au cours de la formation, adressez-vous à l'enquêté en ces termes :

Bonjour, je m'appelle _____ et j'ai été mandaté par l'Institut de Recherche Empirique en Economie Politique (IREEP) et le Ministère de la Santé afin de mener une enquête auprès des patients sortants dans le cadre d'une étude sur le financement axé sur les résultats. La présente enquête vise à recueillir des informations auprès des patients qui ont été consulté dans cette formation sanitaire sur leurs perceptions des services disponibles et de la qualité des services médicaux. Etant donné que votre profil répond aux critères, nous aimerions aborder vos connaissances et avis sur ces sujets précis. Toute information que vous fournirez sera strictement confidentielle.

Avez-vous présentement des questions à poser sur l'enquête ?
Puis-je commencer l'entretien à présent ?

1. L'enquêté accepte l'entretien..... 1 L'enquêté rejette l'entretien..... 2 → enquêté suivant
2. L'enquêté accepte l'entretien..... 1 L'enquêté rejette l'entretien..... 2 → enquêté suivant
3. L'enquêté accepte l'entretien..... 1

Signature de l'enquêteur : _____ Date : ____/____/201__

Heure de début				Heure de fin			

1.	SECTION 1 : DONNÉES SOCIALES ET DÉMOGRAPHIQUES SUR LE PATIENT		
1.1.	Sexe de l'enquêté <i>[Ne pas poser la question à l'enquêté]</i>	1. Masculin 2. Féminin	
1.2.	Age de l'enquêté	/ _ / _ _ /	
1.3.	Quelle est votre situation matrimoniale <i>Marié si légal ou dot ou si l'enquêté dit clairement qu'il est marié.</i>	1. Célibataire 2. Marié monogame 3. Marié polygame 4. Union libre 5. Divorcé/ séparé 6. Veuf/veuve	
1.4.	Etes-vous le (la) chef de ménage?	1. Oui 2. non	
1.5.	Quelle est la taille de votre ménage?	/ _ / _ _ /	
1.6.	Village/ quartier de ville de provenance	Nom du village/ quartier de ville:	
1.7.	Commune de provenance	Nom de commune : / _ _ /	
1.8.	Niveau d'instruction	1. Non instruit 2. Primaire 3. Secondaire (1 ^{er} cycle) 4. Secondaire (2 nd cycle) 5. Supérieur 96. Autre (<i>préciser</i>) _____ 99. Non applicable (âge <5 ans)	Si 99, → 2.1
1.9.	Quelle est votre principale occupation en ce moment? Occupation : _____	1. Enfant non scolarisé (enfant de 5ans et plus) 2. Sans emploi (aucune) 3. Ménagère 4. Elève/étudiant 5. Apprenti 6. Cultivateur/éleveur 7. Artisan 8. Employé du secteur public 9. Ouvrier 10. Employé du secteur privé 11. Entrepreneur/ Travailleur indépendant 12. Commerçant/ revendeur 13. Prêtre/ Pasteur/ Imam 14. Marabout/ guérisseur traditionnel 96. Autre	
2.	SECTION 2 : INDICE DE BIEN-ETRE <i>Enquêteur : Maintenant, permettez-moi de vous poser des questions sur le bien-être social du ménage dont vous faites partie</i>		

2.1.	Avez-vous dans votre maison ?		
2.1.1.	Electricité	1. Oui 2. non	
2.1.2.	Poste radio	1. Oui 2. non	
2.1.3.	Poste téléviseur	1. Oui 2. non	
2.1.4.	Réfrigérateur	1. Oui 2. non	
2.1.5.	Bicyclette	1. Oui 2. non	
2.1.6.	Motocyclette/moto	1. Oui 2. non	
2.1.7.	Barque non motorisée/ pirogue	1. Oui 2. non	
2.1.8.	Barque motorisée	1. Oui 2. Non	
2.1.9.	Voiture	1. Oui 2. non	
2.1.10.	Domestique non parenté(e) au chef de ménage	1. Oui 2. non	
2.2.	Quelle est votre principale source d'approvisionnement en eau de boisson?	1. Robinet au logement 2. Robinet hors de la maison 3. Fontaine publique 4. Puits avec pompe 5. Puits protégé 6. Puits non protégé 7. Eau de pluie 8. Eau de rivière/marigot/mare 96. Autre (<i>préciser</i>) _____	
2.3.	Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent principalement ?	1. Latrines modernes (sanitaires) 2. Fosses septiques couvertes 3. Fosses septiques non couvertes 4. Pas de toilettes / nature 96. Autre (<i>préciser</i>) _____	
2.4.	Quel est le principal matériau du sol de votre maison ?	1. Terre/sable/bouses 2. Bois/ planche 3. Ciment 4. Carreaux 96. Autre (<i>préciser</i>) _____	
2.5.	Quel est le principal matériau du mur de votre maison ?	1. Briques/ pierres 2. Palmes /tronc	

		3. Bambou 4. Semi-dur 96. Autre (<i>préciser</i>) _____	
2.6.	Quel est le principal matériau du toit de votre maison ?	1. Matériaux naturels (Terre, Paille) 2. Tuile 3. Dalle 4. Tôle 96. Autre (<i>préciser</i>) _____	
2.7.	Dans votre habitation combien de personnes dorment en moyenne par chambre à coucher ?	/__/_/ Préciser les détails à côté : _____ _____	
Les questions suivantes se rapportent à votre bien-être personnel			
2.8.	Quel est votre revenu mensuel ?	/__/_/_/_/_/_/_/_/FCFA Inscrire le code 9999997 si l'enquêté a refusé de répondre Inscrire le code 9999999 s'il s'agit d'une personne qui n'a aucune source de revenu (ex : enfant)	
2.9.	Quel est le revenu mensuel de votre ménage?	/__/_/_/_/_/_/_/_/FCFA Inscrire le code 9999998 si l'enquêté est un enfant ou un enfant dont l'accompagnant ne maîtrise pas ce genre d'information sur le ménage.	
2.10.	En moyenne combien votre ménage dépense-t-il par mois pour : [Enquêteur, vous devez à tout prix éviter les non réponses ou les « je ne sais pas ». Incitez l'enquêté à vous donner des montants approximatifs] Dans le cas extraordinaire d'un enfant qui (ou dont l'accompagnant) ne maîtrise pas ce genre d'informations sur ménage, inscrire le code 9999999. Si NSP, inscrire 9999998 (à éviter).		
2.10.1.	La Nourriture	/__/_/_/_/_/_/_/_/FCFA	
2.10.2.	Le Logement	/__/_/_/_/_/_/_/_/FCFA	
2.10.3.	Vos Déplacements	/__/_/_/_/_/_/_/_/FCFA	
2.10.4.	La santé	/__/_/_/_/_/_/_/_/FCFA	
2.10.5.	La communication	/__/_/_/_/_/_/_/_/FCFA	
2.10.6.	L'éducation	/__/_/_/_/_/_/_/_/FCFA	
2.10.7.	Electricité/Eau	/__/_/_/_/_/_/_/_/FCFA	
2.11.	Y-a-t-il d'autres dépenses en dehors de celles susmentionnées ?	1. Oui 2. Non 98. Ne sais pas	Si 2 ou 98, → 3.1.
2.11.1.	Si oui, lesquelles [lister ces dépenses]	_____ _____	
2.11.2.	Quel est le montant moyen de ces dépenses par mois ?	/__/_/_/_/_/_/_/_/FCFA	

3.	SECTION3 : MORBIDITÉ			
3.1.	Quels étaient les motifs de votre consultation ? <i>[encercler quatre symptômes maximum : Les quatre symptômes qui ont le plus incité le patient]</i>	A. Accouchement B. Consultation Pré Natale C. Vaccination D. Problèmes après accouchement E. Problèmes liés à la grossesse F. Vomissements G. Diarrhée H. rougeur ou autres problèmes de peau I. Enflure/ œdème J. Saignements (anale, nasale, ou buccale) K. Saignement vaginal L. Perte vaginale M. Ganglions lymphatiques N. gonflement du pied O. brûlures P. morsures ou piqûres Q. empoisonnement R. fracture S. déboitement ou entorse T. blessure due à une agression	U. blessure due à un accident V. Toux W. Eternuement/Rhume X. Fièvre Y. Maux de ventre Z. Faiblesse/ fatigue AA. Maux de tête BB. Maux de gorge CC. Problème à l'œil DD. Problème à l'oreille EE. Vers intestinaux FF. Maux et douleurs musculaires GG. Douleurs des articulations HH. Agitations II. Essoufflement JJ. Problèmes urinaires KK. Crise/attaque LL. Perte de conscience MM. Problème mental NN. Stérilité XX. Autre (préciser) _____	Si uniquement A ou B ou C, → 4.4
3.2.	Pendant combien de jours avez-vous été malade ? <i>[Si l'interviewé n'a fait que conduire un enfant à l'hôpital, demander plutôt pendant combien de jours l'enfant a-t-il été malade ?]</i>	Nombre de jours : / / / / / 9998. Ne sais pas		Si 0 jour ou 9998, → section4.
3.3.	Combien d'argent avez-vous perdu à cause des journées de travail manquées étant malade ?	/ / / / / / / / FCFA <i>Si enfant ou si n'a pas de travail, inscrire le code 9999999</i>		Si 0FCFA ou 9999999 → section 4.
3.4.	Comment avez-vous compensé ces journées de travail manquées ?	1. Aide des amis ou connaissances 2. J'ai fait des emprunts par-ci par-là 96. Autre (préciser) _____		
4.	SECTION 4 : DECISION PAR RAPPORT AU PREMIER RECOURS THERAPEUTIQUE			
4.1.	Après avoir constaté ces symptômes, qu'avez-vous fait en premier lieu ?	1. Rien 2. Auto-traitement (moderne) 3. Auto-traitement (traditionnel) 4. Guérisseur traditionnel 5. Centre de sante public 6. Praticien privé lucratif (docteur) 7. Hôpital public 8. Clinique privée 9. Centre de santé privé sans but lucratif		Si 2 ou 3 → 4.3 Si 4 ou 96 →4.4 Si 5 à 9 → section 5

		96. Autres (<i>préciser</i>) _____																																																															
4.2.	Pourquoi n'avez-vous rien fait ? Choix multiple possible	A. Pas assez malade B. Soins trop cher C. Centre de santé trop éloigné D. Les médicaments ne fonctionneraient pas E. Non approprié sur le plan social et culturel X. Autres (<i>à préciser</i>) _____	→ section 6																																																														
4.3.	Pourquoi avoir choisi l'auto-traitement ? Choix multiple possible	A. Pas assez malade B. Soins trop cher C. Centre de santé trop éloigné D. Personnel du centre souvent absent E. Personnel féminin du centre inexistant ou souvent absent (seulement pour les femmes interrogées) F. Attente trop longue G. Personnel du centre peu compétent H. Personnel du centre mal poli ou peu accueillant I. Automédication plus appropriée sur le plan social et culturel X. Autres (<i>à préciser</i>) _____																																																															
4.4.	Avez-vous tout de même recouru à un autre prestataire de soin avant de venir dans ce centre ?	a. Oui b. Non	Si 2, → section 6																																																														
5.	SECTION 5: PREMIER PRESTATAIRE DE SOINS CONSULTE (<i>Cette section ne doit être remplie que si un premier prestataire de soins a été consulté avant de venir dans ce centre de santé</i>)																																																																
5.1.	Si vous avez eu recours à un autre prestataire de soins avant de venir ici, à combien de minutes se situe-t-il de votre domicile? [<i>préciser le moyen de transport le plus utilisé</i>]																																																																
	<table border="1"> <tr> <td>Moyen →</td> <td>1. Pieds</td> <td>2. Charette</td> <td>3. Vélo</td> <td>4. Barque</td> <td>5. moto</td> <td>6. Véhicule</td> <td>7. Bus</td> <td>96. Autre (<i>précise</i>) _____</td> </tr> <tr> <td>Durée ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. Moins de 15mn</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Entre 15 et 30mn</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Entre 30 mn et 1h</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Entre 1h et 2h</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Plus de 2 h</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Moyen →	1. Pieds	2. Charette	3. Vélo	4. Barque	5. moto	6. Véhicule	7. Bus	96. Autre (<i>précise</i>) _____	Durée ↓									1. Moins de 15mn									2. Entre 15 et 30mn									3. Entre 30 mn et 1h									4. Entre 1h et 2h									5. Plus de 2 h									
Moyen →	1. Pieds	2. Charette	3. Vélo	4. Barque	5. moto	6. Véhicule	7. Bus	96. Autre (<i>précise</i>) _____																																																									
Durée ↓																																																																	
1. Moins de 15mn																																																																	
2. Entre 15 et 30mn																																																																	
3. Entre 30 mn et 1h																																																																	
4. Entre 1h et 2h																																																																	
5. Plus de 2 h																																																																	
5.2.	Pourquoi êtes-vous allée vers ce prestataire de soins ?	1. Soins pas trop cher 2. Centre de santé proche 3. Personnel du centre souvent présent 4. Personnel féminin du centre existant ou																																																															

		souvent présent (seulement pour les femmes interrogées) 5. Attente pas trop longue 6. Personnel du centre compétent 7. Personnel du centre poli ou accueillant 8. Je le connais/ je connais quelqu'un là-bas 96. Autre (<i>préciser</i>) _____																					
5.3.	Connaissez-vous d'autre (s) formations sanitaires dans la zone ?	1. Oui 2. Non	Si 2. → 5.4.																				
5.3.1.	Si oui, préciser leurs noms et la durée pour y aller																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nom</th><th>Durée (en minutes)</th><th>Moyen utilisé (1. Bus ; 2. Véhicule ; 3. Moto ; 4. Bicyclette ; 5. Barque motorisée ; 6. Pirogue/ barque ; 7. Marche ; 96. Autre (préciser en face))</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>/ / / /</td><td>/ /</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>/ / / /</td><td>/ /</td></tr> <tr> <td>3.</td><td>/ / / /</td><td>/ /</td></tr> <tr> <td>4.</td><td>/ / / /</td><td>/ /</td></tr> <tr> <td>5.</td><td>/ / / /</td><td>/ /</td></tr> <tr> <td>6.</td><td>/ / / /</td><td>/ /</td></tr> </tbody> </table>	Nom	Durée (en minutes)	Moyen utilisé (1. Bus ; 2. Véhicule ; 3. Moto ; 4. Bicyclette ; 5. Barque motorisée ; 6. Pirogue/ barque ; 7. Marche ; 96. Autre (préciser en face))	1.	/ / / /	/ /	2.	/ / / /	/ /	3.	/ / / /	/ /	4.	/ / / /	/ /	5.	/ / / /	/ /	6.	/ / / /	/ /	
Nom	Durée (en minutes)	Moyen utilisé (1. Bus ; 2. Véhicule ; 3. Moto ; 4. Bicyclette ; 5. Barque motorisée ; 6. Pirogue/ barque ; 7. Marche ; 96. Autre (préciser en face))																					
1.	/ / / /	/ /																					
2.	/ / / /	/ /																					
3.	/ / / /	/ /																					
4.	/ / / /	/ /																					
5.	/ / / /	/ /																					
6.	/ / / /	/ /																					
5.3.2.	Si oui, quelle est la principale raison pour laquelle vous n'êtes pas allée vers cet autre (ou l'un de ces autres) centre(s) de santé (s)?	1. Soins trop cher 2. Centre de santé trop éloigné 3. Personnel du centre souvent absent 4. Personnel féminin du centre inexistant ou souvent absent (seulement pour les femmes interrogées) 5. Attente trop longue 6. Personnel du centre peu compétent 7. Personnel du centre mal poli ou peu accueillant 96. Autre (<i>à préciser</i>) _____																					
5.4.	Etiez-vous satisfaite dans le premier centre de soins ?	1. Oui 2. Non																					
5.5.	Quels services aviez-vous reçu ? [choix multiple possible]	A. Consultation B. Prescription de médicament C. Demande d'examens D. Injections/ perfusions E. Conseils X. Autre (<i>préciser</i>) _____																					
5.6.	Avez-vous du supporter certains coûts pour ce soin ?	1. Oui 2. Non	Si 2, → 6.1.																				
5.6.1.	Quels coûts																						

	aviez-vous dû supporter pour ce soin/ service ? [choix multiple possible]	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Type de coûts</th><th>Coût en FCFA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Coûts de Transports</td><td>/ / / / / / / /</td></tr> <tr> <td>B. Médicaments</td><td>/ / / / / / / /</td></tr> <tr> <td>C. Tests</td><td>/ / / / / / / /</td></tr> <tr> <td>D. Nourriture</td><td>/ / / / / / / /</td></tr> <tr> <td>E. Pourboires / cadeaux</td><td>/ / / / / / / /</td></tr> <tr> <td>F. Frais administratifs (carnet, consultation, carte maternelle, séjour, autre frais (ex : injection) etc.)</td><td>/ / / / / / / /</td></tr> <tr> <td>G. Transfusion sanguine</td><td>/ / / / / / / /</td></tr> <tr> <td>H. Echographie</td><td>/ / / / / / / /</td></tr> <tr> <td>X. Autres (à préciser) _____</td><td>/ / / / / / / /</td></tr> </tbody> </table>	Type de coûts	Coût en FCFA	A. Coûts de Transports	/ / / / / / / /	B. Médicaments	/ / / / / / / /	C. Tests	/ / / / / / / /	D. Nourriture	/ / / / / / / /	E. Pourboires / cadeaux	/ / / / / / / /	F. Frais administratifs (carnet, consultation, carte maternelle, séjour, autre frais (ex : injection) etc.)	/ / / / / / / /	G. Transfusion sanguine	/ / / / / / / /	H. Echographie	/ / / / / / / /	X. Autres (à préciser) _____	/ / / / / / / /	
Type de coûts	Coût en FCFA																						
A. Coûts de Transports	/ / / / / / / /																						
B. Médicaments	/ / / / / / / /																						
C. Tests	/ / / / / / / /																						
D. Nourriture	/ / / / / / / /																						
E. Pourboires / cadeaux	/ / / / / / / /																						
F. Frais administratifs (carnet, consultation, carte maternelle, séjour, autre frais (ex : injection) etc.)	/ / / / / / / /																						
G. Transfusion sanguine	/ / / / / / / /																						
H. Echographie	/ / / / / / / /																						
X. Autres (à préciser) _____	/ / / / / / / /																						
5.7.	D'où provenait cet argent ? [choix multiple possible]	A. Epargne (revenu/ épargne du ménage ou du mari) B. Prêts C. Dons D. Travail occasionnel E. Biens vendus F. Soins à crédit (ou remboursables par acomptes) X. Autres (préciser) _____	Si autre que C. → 6.1.																				
5.8.	De qui provenaient ces dons ? [choix multiple possible]	A. Parents B. Amis et connaissances C. Communauté religieuse D. Mouvement associatif X. Autre (préciser) _____																					
6.	SECTION 6 : SECONDE FORMATION SANITAIRE FREQUENTEE (i.e. celle où se trouve actuellement le/la patient/e)																						
6.1.	Pourquoi êtes-vous allée vers ce centre de santé ? [celui ou se trouve maintenant le/ la patient/e] [Choix multiple possible]	A. Soins pas trop cher B. Centre de santé proche C. Personnel du centre souvent présent D. Personnel féminin du centre existant ou souvent présent (seulement pour les femmes interrogées) E. Attente pas trop longue F. Personnel du centre compétent G. Personnel du centre poli ou accueillant H. Je connais quelqu'un là-bas X. Autre (préciser) _____																					
6.2.	Quels services avez-vous reçu ? [choix multiple possible]	A. Consultation B. Prescription de médicament C. Demande d'exams D. Injections/ perfusions E. Conseils F. Accouchement X. Autre (préciser) _____																					
6.3.	Qui a (ont) assuré ce(s) service(s) ?	A. Médecin																					

		B. Sage-femme C. Infirmière D. Aide-soignant X. Autre (préciser) _____																					
6.4.	Avez-vous dû supporter certains coûts pour ce service/soin ? <i>[Enquêteur : préciser à l'enquête qu'il 'agit de tous les coûts, y compris transport, nourriture etc.]</i>	3. Oui 4. Non	Si 2, → 6.4.4.																				
6.4.1.	Quels coûts avez-vous dû supporter pour ce service/ soin ? <i>[choix multiple possible]</i>																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Type de coûts</th> <th>Coût en FCFA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Coûts de Transports</td> <td>/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _</td> </tr> <tr> <td>B. Médicaments</td> <td>/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _</td> </tr> <tr> <td>C. Tests</td> <td>/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _</td> </tr> <tr> <td>D. Nourriture</td> <td>/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _</td> </tr> <tr> <td>E. Pourboires / cadeaux</td> <td>/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _</td> </tr> <tr> <td>F. Frais administratifs (carnet, consultation, carte maternelle, séjour, autre frais (ex : injection) etc.)</td> <td>/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _</td> </tr> <tr> <td>G. Transfusion sanguine</td> <td>/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _</td> </tr> <tr> <td>H. Echographie</td> <td>/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _</td> </tr> <tr> <td>X. Autres (à préciser) _____</td> <td>/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _</td> </tr> </tbody> </table>		Type de coûts	Coût en FCFA	A. Coûts de Transports	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _	B. Médicaments	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _	C. Tests	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _	D. Nourriture	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _	E. Pourboires / cadeaux	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _	F. Frais administratifs (carnet, consultation, carte maternelle, séjour, autre frais (ex : injection) etc.)	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _	G. Transfusion sanguine	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _	H. Echographie	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _	X. Autres (à préciser) _____	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _	
Type de coûts	Coût en FCFA																						
A. Coûts de Transports	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _																						
B. Médicaments	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _																						
C. Tests	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _																						
D. Nourriture	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _																						
E. Pourboires / cadeaux	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _																						
F. Frais administratifs (carnet, consultation, carte maternelle, séjour, autre frais (ex : injection) etc.)	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _																						
G. Transfusion sanguine	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _																						
H. Echographie	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _																						
X. Autres (à préciser) _____	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _																						
6.4.2.	D'où provenait cet argent ? <i>[choix multiple possible]</i>	A. Revenus ou épargne (du ménage) B. Prêts C. Dons D. Travail occasionnel E. Biens vendus F. Soins à crédit (ou remboursables par acomptes) X. Autres (préciser) _____	Si autre que C. → 6.5.																				
6.4.3.	De qui provenaient ces dons ? <i>[choix multiple possible]</i>	A. Parents B. Amis et connaissances C. Communauté religieuse D. Mouvement associatif X. Autre (préciser) _____																					
6.4.4.	Bénéficiez-vous d'une prise en charge/ assurance ?	1. Oui 2. Non																					
6.5.	Si vous avez payé pour vos soins, comment avez vous été informé(e) du tarif à payer ? <i>[Si le patient n'a pas payé pour les soins spécifiquement, encerclez Z.]</i>	A. C'était affiché B. Par l'agent de santé qui m'a traité C. A la caisse D. Par un autre agent du centre X. Autre (préciser) _____ Z. Non Applicable	Si Z. → 6.6.																				
6.5.1.	Avez-vous obtenu un reçu après avoir payé ?	1. Oui 2. Non	Si 2, → 6.6.																				

6.5.2.	Le montant de votre facture correspond-il au montant que vous avez payé ?	1. Oui 2. Non	Si 1 → 6.6.
6.5.3.	Sinon, pourquoi ?	1. Le caissier n'avait pas de monnaie 2. J'ai dû donner un pot-de-vin au caissier 3. J'ai dû donner un pot-de-vin à l'agent qui m'a soigné 4. J'ai dû donner un pot-de-vin à un autre agent de santé 5. J'ai acheté les médicaments directement auprès d'un agent de santé 96. Autre (préciser) _____	
6.6.	Etes-vous qualifié pour le Fonds Sanitaire des Indigents ?	1. Oui 2. Non 98. Ne sais pas ce qu'est le fond sanitaire des indigents	Si 2, 98 → 6.8
6.7.	Si oui, en avez-vous bénéficié ?	1. Oui 2. Non	
6.8.	Vous a-t-on demandé des pourboires ou des cadeaux ?	1. Oui 2. Non	
	Tests de Labo :		
6.9.	Aviez-vous la fièvre ?	1. Oui 2. Non	Si 2, → 6.10
6.9.1.	Si oui, le médecin ou le personnel soignant a-t-il demandé un test sanguin pour vérifier si vous étiez atteint de paludisme?	1. Oui 2. Non	
	Sensibilité :		
6.10.	Le soignant vous a-t-il salué ?	1. Oui 2. Non	
6.11.	S'est-il assuré que vous étiez confortablement installé (e) ?	1. Oui 2. Non	
6.12.	Vous regardait-il en parlant ?	1. Oui 2. Non	
6.13.	A-t-il demandé si vous l'avez compris?	1. Oui 2. Non	
6.14.	Combien de temps avez-vous attendu, entre le moment où vous êtes arrivé et celui où vous êtes entré dans le bureau du soignant ?	1. Moins de 15 minutes 2. Entre 15 et trente minutes 3. Entre 30 minutes et 1 heure 4. Entre 1 heure et 2 heures 5. Plus de 2 heures	

	Education pour la santé / sanitaire :		
6.15.	Le soignant a-t-il expliqué le diagnostic ?	1. Oui 2. Non	
6.16.	Le soignant a-t-il expliqué le traitement ? <i>[Enquêteur : Si aucun traitement n'a été prescrit, encercler 99. Exemple : Rendez-vous pour CPN/ accouchement]</i>	1. Oui 2. Non 99. Non applicable	
6.17.	Le soignant a-t-il indiqué quand vous deviez revenir ?	1. Oui 2. Non	
6.18.	Le soignant a-t-il indiqué comment prévenir la maladie ? <i>[Enquêteur : si CPN ou accouchement encercler 99]</i>	1. Oui 2. Non 99. Non applicable	
6.19.	Globalement, comment noteriez-vous la qualité du traitement ?	1. Très bonne 2. Bonne 3. Ni bonne ni mauvaise 4. Mauvaise 5. Très mauvaise	
6.20.	Etes-vous satisfait (e) ?	1. Très satisfait (comblé) 2. Satisfait 3. Moyennement satisfait 4. Insatisfait 5. Très insatisfait	
7.	SECTION 7 – QUALITE DE LA CONSULTATION PRENATALE <i>Cette section ne concerne que les femmes venues en CPN</i>		
7.1.	VISITE DE LA PATIENTE		
	Lors de la consultation de la patiente, les informations suivantes ont-elles été prises ?		
7.1.1.	Poids <i>[Vérifier dans le carnet de santé de la patiente]</i>	1. Oui 2. Non	
7.1.2.	Température <i>[Vérifier dans le carnet de santé de la patiente]</i>	1. Oui 2. Non	
7.1.3.	Inspection (contrôle) (coloration des muqueuses...)	1. Oui 2. Non	
7.1.4.	Palpation abdominale	1. Oui 2. Non	
7.1.5.	Recherche d'éventuels OMI (Œdèmes des membres inférieurs)	1. Oui 2. Non	
7.1.6.	Examen/ touché vaginal	1. Oui 2. Non	
7.1.7.	Examen au speculum	1. Oui	

		2. Non	
7.1.8.	Tension artérielle <i>[Vérifier dans le carnet de santé de la patiente]</i>	1. Oui 2. Non	
7.1.9.	Albuminurie	1. Oui 2. Non	
7.1.10.	Glucosurie	1. Oui 2. Non	
7.1.11.	Le prestataire vous a-t-il demandé une échographie? <i>Si non, vérifier si la patiente a/n'a pas une échographie datant du même trimestre</i>	1. Oui 2. Non	
7.1.12.	Des informations vous ont-elles été données sur d'éventuelles complications lors de la grossesse	1. Oui 2. Non	Si 2, → 7.1.13
7.1.12.1.	Pouvez-vous citer celles dont vous vous souvenez ?	1. Non, le prestataire m'a dit de revenir si j'ai des problèmes 2. Je ne m'en souviens plus 3. Oui	Si 1, 2 → 7.1.13
7.1.12.2.	Si oui, encrer les complications sur lesquelles la patiente a été informée <i>[Utiliser la liste des complications obstétricales ci-dessous. Encrer tous les choix possibles de A à T]</i>		
	<p>A- Placenta prævia B- Placenta abruptio (rétro placenta, décollement placentaire) C- Hémorragie du post-partum D- Rétention placentaire E- Utérus inversé/éversion du col de l'utérus F- Grossesse ectopique/ extra utérine G- Hémorragie antepartum/intrapartum</p> <p>Dystocie: H- Prolongement de la première étape du travail I- Prolongement de la seconde étape du travail J- Disproportion céphalo-pelvienne (CPD) K- Rupture utérine L- Présentation anormale du fœtus (accouchement par le siège, présentation oblique, etc.)</p> <p>Septicémie : M- infection</p> <p>Avortement: N- Perforation utérine O- Crises d'hypertensions liées à la grossesse P- Eclampsie Q- Pré- éclampsie sévère R- Anémie sévère (Taux d'Hémoglobine <7g ou équivalent) S- Naissances multiples T- Embolie</p> <p>X- Autres réponses de la patiente (à préciser) _____ _____</p>		
7.1.13.	Cette CPN est-elle la première depuis que vous êtes enceinte?	1. Oui 2. Non	
7.1.14.	A quel trimestre de la grossesse s'est	1. Premier trimestre	Si 2 et si 2 à 7.1.13 → 7.3.1

	déroulée cette consultation ? <i>Vérifier dans le carnet de la patiente</i>	2. Second trimestre 3. Troisième trimestre	Si 3 et si 2 à 7.1.13 → 7.4.1
7.2.	SOUS-SECTION1: PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE <i>[Remplir cette section uniquement dans le cas où la patiente est dans son premier trimestre de grossesse ou à sa première CPN. Autrement, passer à la sous-section 2 ou 3 selon qu'elle soit au second ou au troisième trimestre de grossesse (et pas à sa première CPN) respectivement]</i>		
7.2.1.	Vous a-t-on demandé votre âge?	1. Oui 2. Non	
7.2.2.	A-t-on mesuré votre taille?	1. Oui 2. Non	
7.2.3.	Vous a-t-on suggéré un régime alimentaire à suivre ?	1. Oui 2. Non	
7.2.4.	Le prestataire vous a-t-il suggéré des vaccinations à faire ?	1. Oui 2. Non	
7.2.5.	Le prestataire vous a-t-il demandé si vous aviez déjà été enceinte?	1. Oui 2. Non	Si non, → 7.2.6.
7.2.5.1.	Si oui, s'est-il renseigné sur le nombre de fois ?	1. Oui 2. Non	
7.2.6.	Le prestataire vous a-t-il demandé une vérification de toxoplasmose?	1. Oui 2. Non 98. Ne sais pas ce qu'est une toxoplasmose/ Ne peut répondre	
7.2.7.	Le prestataire vous a-t-il demandé des examens complémentaires de BW ¹ ?	1. Oui 2. Non	
7.2.8.	Le prestataire a-t-il demandé votre groupe sanguin?	1. Oui 2. Non	Si non, → 7.2.8.2
7.2.8.1.	Si vous avez donné votre groupe sanguin, le prestataire a-t-il demandé à voir un document médical le certifiant?	1. Oui 2. Non	Si oui, → 7.2.9.
7.2.8.2.	Sinon, le prestataire a-t-il exigé que vous fassiez un test afin de connaître votre groupe sanguin?	1. Oui 2. Non	
7.2.9.	Le prestataire vous a-t-il prescrit le kit contenant une moustiquaire?	1. Oui 2. Non	
7.3.	SOUS-SECTION2: SECOND TRIMESTRE DE LA GROSSESSE <i>[Remplir cette section uniquement dans le cas où la patiente est dans son second trimestre de grossesse de même que si elle en est à sa première CPN au 3ème trimestre. Sinon, passer à la section 3.]</i>		
7.3.1.	Le prestataire a-t-il procédé à la mesure de la taille de	1. Oui	

¹ Bordet Wasserman : test de la syphilis

	l'utérus?	2. Non	
7.3.2.	Le prestataire a-t-il recherché les BDC du fœtus ?	1. Oui 2. Non	
7.3.3.	Le prestataire vous a-t-il demandé une échographie?	1. Oui 2. Non	
7.3.4.	Le prestataire a-t-il contrôlé votre carnet de vaccination?	1. Oui 2. Non	
7.3.5.	Le prestataire vous a-t-il donné la SP (Sulfadoxine Pyriméthamine) /fansidar ?	1. Oui 2. Non	Si 1, → 7.3.6.
7.3.5.1.	Vous l'a-t-il prescrit ?	1. Oui 2. Non	Si 2, → 8.1.
7.3.6.	Avez-vous bu la SP en sa présence ou devant un agent de santé ?	1. Oui 2. Non	
7.4.	SECTION3: TROISIEME TRIMESTRE DE LA GROSSESSE <i>[Remplir cette section uniquement dans le cas où la patiente est dans son troisième trimestre de grossesse].</i>		
7.4.1.	Le prestataire a-t-il procédé à la mesure de la taille de l'utérus?	1. Oui 2. Non	
7.4.2.	Le prestataire a-t-il recherché les BDC du fœtus ?	1. Oui 2. Non	
7.4.3.	Le prestataire vous a-t-il donné la SP/ fansidar ?	1. Oui 2. Non	Si 1, → 7.4.4.
7.4.3.1.	Vous l'a-t-il prescrit ?	1. Oui 2. Non	Si 2, → 7.4.5.
7.4.4.	L'avez-vous bu en sa présence ou en présence d'un agent de santé ?	1. Oui 2. Non	
7.4.5.	A quel terme de la grossesse êtes-vous ?	1. Au plus 36 semaines (≤ 8mois) 2. Plus de 36 semaines	
7.4.6.	Le prestataire s'est-il assuré que vous aviez déjà (ou n'aviez pas encore) pris la SP avant?	1. Oui 2. Non	
8.	SECTION 8: MEDICAMENTS		
8.1.	Vous a-t-on prescrit des médicaments ?	1. Oui 2. Non	Si 2, → Fin (si pas ayant accouché)
8.2.	<p>Quels sont les médicaments qui vous ont été prescrits sur ordonnance ? Précisez le nombre et les doses prescrites. Enquêteur : Vous devez consulter l'ordonnance ou le carnet de santé du patient et de reporter les doses prescrites pour chaque médicament. Si vous n'avez pas la possibilité de connaître le nombre de comprimés/boîte, vous pouvez écrire le nombre de boîtes prescrites en utilisant le code 5 pour boîte, mais en précisant la dose journalière et le nombre jours de cure.</p> <p>8.2.1. Indiquez le nombre de types de médicaments / <u> </u> / <u> </u> (correspond au nombre de</p>		

lignes à remplir)						
8.2.2. Tableau						
N°	A. Type de médicaments (préciser le dosage)	B. Nombre	C. Unité (les codes sont ceux qui figurent sur la liste qui vous a été donnée)	Dose		
				E. Nombre d'unité	F. Nombre de Prise / jour	G. Nb de jours
1.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ _ /
2.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ _ /
3.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ _ /
4.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ _ /
5.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ _ /
6.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ _ /
7.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ _ /
8.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ _ /
9.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ _ /
10.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ _ /
11.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ _ /
12.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ _ /
13.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ _ /
14.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ _ /
15.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ /	/ _ /	/ _ _ /

8.3.	Avez-vous été à la pharmacie du centre de santé pour acheter certains de ces médicaments?	1. Oui 2. Non	Si 2, → 8.5.		
8.3.1.	Y avez-vous acheté certains des médicaments?	1. Oui 2. Non	Si 2, → 8.4.		
8.3.2.	Lesquels des médicaments prescrits avez-vous achetés à la pharmacie du centre de santé ?				
	N°	A. Type de médicaments : nom et dosage	B. Unité	C. Quantité	D. Quel en était le prix ? (en FCFA)
	1.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ / _ _ / _ _ /
	2.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ / _ _ / _ _ /
	3.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ / _ _ / _ _ /
	4.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ / _ _ / _ _ /
	5.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ / _ _ / _ _ /
	6.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ / _ _ / _ _ /
	7.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ / _ _ / _ _ /
	8.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ / _ _ / _ _ /
	9.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ / _ _ / _ _ /
	10.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ / _ _ / _ _ /
	11.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ / _ _ / _ _ /
	12.		/ _ _ /	/ _ _ /	/ _ _ / _ _ / _ _ /

	13.		/ /	/ /	/ / / / / /	
	14.		/ /	/ /	/ / / / / /	
	15.		/ /	/ /	/ / / / / /	
8.4.	L'agent de santé en charge de la pharmacie du centre de santé a-t-il décidé ou proposé de remplacer certains médicaments par d'autres équivalents?		1. Oui 2. Non			
8.5.	Des agents de santé ont-ils proposé de vous vendre des médicaments de façon informelle ?		1. Oui 2. Non			Si 2, → 8.6
8.5.1.	Si oui, qui a proposé cela?		A. Gynécologue-obstétricien B. Chirurgien C. Médecin (généraliste) D. Pédiatre E. Sage-femme responsable/Maîtresse SFE F. Sage-femme G. Infirmière responsable/Chef poste/Surveillant H. Aide soignant(e) X. Autre (à préciser) _____			
8.5.2.	Avez-vous acheté les médicaments auprès de cet/ces agent/s?		1. Oui 2. Non			Si 2. → 8.6
8.5.3.	Si oui, lesquels et à quel prix ?					
	N°	A. Type de médicaments : nom et dosage	B. Unité	C. Quantité	D. Quel en était le prix ? (en FCFA)	
	1.		/ /	/ /	/ / / / / /	
	2.		/ /	/ /	/ / / / / /	
	3.		/ /	/ /	/ / / / / /	
	4.		/ /	/ /	/ / / / / /	
	5.		/ /	/ /	/ / / / / /	
	6.		/ /	/ /	/ / / / / /	
	7.		/ /	/ /	/ / / / / /	
	8.		/ /	/ /	/ / / / / /	
	9.		/ /	/ /	/ / / / / /	
	10		/ /	/ /	/ / / / / /	
	11		/ /	/ /	/ / / / / /	
	12		/ /	/ /	/ / / / / /	
	13		/ /	/ /	/ / / / / /	
	14		/ /	/ /	/ / / / / /	
	15		/ /	/ /	/ / / / / /	
8.6.	Avez-vous acheté tous les médicaments qui vous ont été prescrits ?		1. Oui 2. Non			Si 1 → Fin (i.e. de la section 8)
8.7.	Sinon, combien n'étaient pas achetés?					

			/ __/ __/		
8.8.	Pour chaque médicament prescrit et non acheté, quel était la raison de non-achat dans la FS ?				
	N	Type de médicaments/Nom	Raison principale de non achat dans la FS 1. Prix élevé 2. Non disponible à la pharmacie du centre de santé 3. Pas en quantité suffisante 4. Existe mais les agents m'ont proposé plutôt de l'acheter dans un centre particulier 5. Pas assez d'argent 6. Pas nécessaire d'acheter ce médicament 96. Autre (préciser à coté du code)		
	1.		/ __/ __/		
	2.		/ __/ __/		
	3.		/ __/ __/		
	4.		/ __/ __/		
	5.		/ __/ __/		
	6.		/ __/ __/		
	7.		/ __/ __/		
	8.		/ __/ __/		
	9.		/ __/ __/		
	10.		/ __/ __/		
	11.		/ __/ __/		
	12.		/ __/ __/		
	13.		/ __/ __/		
	14.		/ __/ __/		
	15.		/ __/ __/		
8.9.	Pour les médicaments non achetés dans le centre de santé, allez-vous les acheter de toute façon ?		1. Oui 2. Non		
8.10.	Indiquez lesquels vous achèterez de toute façon, et pour les autres, dites pourquoi vous ne les achèterez pas ?				
	N	Type de médicaments/Nom [si Oui, remplissez la colonne A] [si Non, remplissez la colonne B]	A. Le lieu d'achat 1. Pharmacie privée 2. Marché informel 3. Centre de santé public 4. Centre de santé privé 5. Pharmacie publique 6. Centre de santé informel 7. Un agent de santé	B. Raison principale de non achat 1. Prix élevé 2. Non Disponibilité 3. Pas en quantité suffisante 4. C'est possible qu'on me le donne 5. Pas nécessaire d'acheter ce médicament 6. Pas assez d'argent 96. Autre (préciser à coté du code)	Si Non en 8.10 → Fin (i.e. de la section 8)

	1.		/	/
	2.		/	/
	3.		/	/
	4.		/	/
	5.		/	/
	6.		/	/
	7.		/	/
	8.		/	/
	9.		/	/
	10.		/	/
	11.		/	/
	12.		/	/
	13.		/	/
	14.		/	/
	15.		/	/
8.11.	Quand avez-vous prévu faire ces achats ?	1. Aujourd'hui même 2. D'ici 2 ou 3 jours 3. Dans une semaine au plus (plus de 3 jours) 4. Dans au moins 8 jours 5. Dans plus de deux semaines		

Enquêteur : S'il ne s'agit pas d'une patiente quittant le centre après un accouchement, le questionnaire prend fin ici et vous devez remonter à la première page pour inscrire l'heure de fin de l'interview. Dans le cas contraire, compléter le double feuillet concernant la section 9 et agrafez-le à ce questionnaire. **Déclaration de l'enquêteur:** Je certifie que cette fiche a été remplie conformément aux instructions reçues lors de la formation. Tout ce qui y est inscrit reflète effectivement les réponses données par l'interviewé au cours de l'entretien.

Nom : **Prénoms :** **Signature :**
Date : ... / ... / ...

Nom du Contrôleur :	Date : ... / ... / ...
Signature :	
Nom du Superviseur :	Date : ... / ... / ...
Signature :	

ENQUÊTES SUR LES PATIENTS SORTANTS (MODULE COMPLÉMENTAIRE POUR LES FEMMES AYANT ACCOUCHE)

9.	SECTION 9 : SECTION COMPLEMENTAIRE POUR LES FEMMES AYANT ACCOUCHE		
9.1.	Avez-vous déjà accouché au moins une fois par le passé ?	1. Oui 2. Non	Si non, → 9.2.
9.1.1.	Combien de fois avez-vous accouché ?	/ _ / _ /	
9.1.2.	Avez-vous eu des complications au cours de l'un de ces accouchements ?	1. Oui 2. Non	Si non, → 9.2.
9.1.3.	Si oui, lesquelles ? [Vous devez analyser ces informations à l'aide des notations des observations médicales et/ou des discussions avec les agents de santé] Encercler tous les choix possibles	<p>Complications obstétricales directes :</p> <p>A. Hémorragie du post-partum</p> <p>B. Travail prolongé / dystocique</p> <p>C. Rupture utérine</p> <p>D. Infection sévère du post-partum</p> <p>E. Pré-éclampsie sévère / éclampsie</p> <p>F. Complications de l'avortement (hémorragie et / ou infection sévère)</p> <p>G. Grossesse extra-utérine</p> <p>H. Autres complications obstétricales directes (à préciser)* _____</p> <p>Complications obstétricales indirectes</p> <p>I. Paludisme</p> <p>J. VIH/SIDA</p> <p>K. Anémie sévère</p> <p>L. Hépatite</p> <p>M. Autres complications indirectes (à préciser) -----</p> <p>Complications liées à l'enfant :</p> <p>N. Nouveau-nés de faible poids (< 2.5kg)</p> <p>O. Mort-nés frais</p> <p>P. Mort-né macéré</p> <p>Q. Décès néo-natal très précoce (dans un délai de 24 heures)</p>	
9.2.	Avez-vous eu des complications lors de cet accouchement (celui que vient d'avoir la femme) ?	1. Oui 2. Non	Si non, → 9.3.
9.2.1.	Complications vécues lors de cet accouchement [informations provenant des notations des observations médicales et/ou des discussions avec les agents de santé]	<p>Complications obstétricales directes :</p> <p>A. Hémorragie du post-partum</p> <p>B. Travail prolongé / dystocique</p> <p>C. Rupture utérine</p> <p>D. Infection sévère du post-partum</p> <p>E. Pré-éclampsie sévère / éclampsie</p> <p>F. Complications de l'avortement</p>	

		(hémorragie et / ou infection sévère) G. Grossesse extra-utérine H. Autres complications obstétricales directes (à préciser)* _____ Complications obstétricales indirectes I. Paludisme J. VIH/SIDA K. Anémie sévère L. Hépatite M. Autres complications indirectes (à préciser) ----- Complications liées à l'enfant : N. Nouveau-nés de faible poids (< 2.5kg) O. Mort-nés frais P. Mort-né macéré Q. Décès néo-natal très précoce (dans un délai de 24 heures)	
9.3.	A quel moment avez-vous décidé de vous rendre à la maternité ?	1. Sur consigne du médecin 2. A quelques jours de la date d'accouchement prévue par le médecin 3. Après les premières contractions 4. Après avoir perdu les eaux 96. Autre (<i>préciser</i>) _____	Si 1 ou 2 → 9.4.
9.3.1.	Pourquoi avez-vous attendu ?	1. Pas nécessaire 2. Famille indisponible 3. Mari indisponible ou contre le déplacement 4. Pas assez d'argent 96. Autre (<i>préciser</i>) _____	
9.3.2.	Pour quelle raison vous êtes-vous finalement décidée à vous y rendre ?	1. Moment opportun (selon la patiente) 2. Soutien de la famille 3. Sur autorisation du mari 4. Argent obtenu 96. Autre (<i>préciser</i>) _____	
9.4.	A quel moment êtes-vous arrivée à la maternité (date / heure) ?	Date : /__/ /__/ /__/ JJ MM AA Heure : /__/ : /__/	
9.5.	Après votre arrivée, à quel moment un agent de santé a-t-il pris soin de vous ?	1. Moins de 5 minutes après mon arrivée 2. Entre 5 et 15 minutes 3. Entre 15 et 30 minutes 4. Entre 30 minutes et 1 heure 5. Entre une heure et 2 heures 6. Après plus de deux heures	
9.6.	Type d'accouchement	1. Accouchement avec épisiotomie	

		2. Accouchement sans épisiotomie 3. Césarienne électorive 4. Césarienne éclamptique	
9.7.	Combien de temps a duré votre hospitalisation ?	1. Au plus 2 jours 2. Entre 2 et 5 jours 3. Entre 5 et 10 jours 4. Plus de 10 jours	
9.7.1.	Avez-vous eu à donner un (des) cadeau (x) à un agent de santé ?	1. Oui 2. Non	Si 2, → 9.8.
9.7.2.	Si oui, combien ? <i>[Enquêteur : demander à l'enquêtée d'évaluer en FCFA]</i>	/__/_/_/_/_/_/_/_/_ FCFA	
9.7.3.	Si oui, à qui avez-vous dû donner des cadeaux ? <i>[choix multiple possible]</i>	A. Médecins B. Pharmaciens C. Sages femmes D. Infirmiers/ infirmières E. Autre agent de santé non identifié X. Autre (préciser) _____	
9.8.	Quelle est la source des fonds que vous avez utilisés ? <i>[choix multiple possible]</i>	A. Epargne B. Prêts C. Dons D. Travail occasionnel E. Biens vendus F. Soins à crédit (ou remboursables par acomptes) X. Autre (à préciser) _____	Si autre que C. → FIN
9.8.1.	De qui provenaient ces dons ? <i>[choix multiple possible]</i>	A. Parents B. Amis et connaissances C. Communauté religieuse D. Mouvement associatif X. Autre (préciser) _____	

Enquêteur : Vous devez remonter à la première page pour inscrire l'heure de fin de l'interview (ou du remplissage du questionnaire)

Déclaration de l'enquêteur: Je certifie que cette fiche a été remplie conformément aux instructions reçues lors de la formation. Tout ce qui y est inscrit reflète effectivement les réponses données par l'interviewé au cours de l'entretien. Nom : Prénoms : Signature : Date : ... / ... / ...	
Nom du Contrôleur : Signature :	Date : ... / ... / ...
Nom du Superviseur : Signature :	Date : ... / ... / ...