

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE COMMUNAUTAIRE

CONFIDENTIEL

| IDENTIFICATION* | |
|---|---|
| DEPARTEMENT _____ | <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> |
| SOUS-PREFECTURE/CIRCONS.URBAINE _____ | |
| COMMUNE RURALE/URBAINE _____ | |
| VILLAGE/QUARTIER _____ | |
| NUMERO DE GRAPPE..... | |
| DATE DE LA VISITE _____ | <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> |
| NOM DE L'ENQUETEUR _____ | |
| RESULTAT..... | |
| **CODES RESULTAT: 1 REMPLI 2 IMPOSSIBILITE DE REMPLIR (PRECISER LA RAISON CI-DESSOUS) _____ | |

| CHEF D'EQUIPE | CONTROLEUR | CONTROLEUR DE BUREAU | SAISI PAR |
|--|--|--|--|
| NOM _____ <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> | NOM _____ <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> | <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> | <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> |
| DATE _____ | DATE _____ | <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> | <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> |

* Les indications suivantes doivent être utilisées pour classier les zones urbaines de l'échantillon :

"Grande ville" sont les capitales nationales et les endroits de plus d'1 million d'habitants;

"villes" sont les agglomérations comprises entre 50 000 et 1 million d'habitants; le reste des zones urbaines de l'échantillon sont des "petites villes".

SECTION 1. CARACTERISTIQUES DE LA COMMUNAUTE

| No. | QUESTIONS | CODES | PASSER A |
|------|---|--|-------------------------|
| 101 | TYPE DE LOCALITE DANS LAQUELLE SE SITUE LA GRAPPE | GRANDE VILLE.....1 VILLE.....2 PETITE VILLE.....3 RURAL.....4 | → 106 → 106 → 106 |
| 102 | Quel est le nom du centre urbain le plus proche? | _____ | |
| 103 | A combien de kilomètres est situé le centre urbain le plus proche? | KM. JUSQU'AU CENTRE URBAIN LE PLUS PROCHE | |
| 104 | Quel moyen de transport est utilisé le plus souvent pour aller au centre urbain le plus proche? (ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES DONNEES) | VEHICULE MOTEUR.....A DOS D'ANIMAL.....B A PIED.....C BICYCLETTE.....D AUTRE.....E | |
| 105 | Quelle est la principale voie d'accès pour rejoindre (LOCALITE/REPONSE DE QUESTION 101?) | ROUTE EN TOUTE SAISON.....1 ROUTE SAISONNIERE.....2 AUTRE (RIVIERE/CHEMIN DE FER)...3 CHEMIN.....4 | |
| 106 | Quelles sont les activités économiques les plus importantes des habitants de (NOM DE LA LOCALITE)? ENREGISTREZ TROIS ACTIVITES | AGRICULTURE.....A ELEVAGE.....B PECHE.....C COMMERCE.....D INDUSTRIE.....E EXPLOITATION MINIERE.....F AUTRE.....G | |
| 107 | Y-a-t-il le téléphone à (NOM DE LA LOCALITE)? | OUI.....1 NON.....2 | |
| 107a | Il arrive parfois que des enfants, qui jouent normalement pendant la journée, éprouvent des difficultés pour voir et pour se déplacer au crépuscule, après le coucher du soleil. Dans la soirée, ces enfants restent parfois assis seuls, se tiennent aux habits de leur mère, ils sont incapables de trouver leurs jouets, ou de voir pour manger. Connaissiez-vous ce problème? | OUI.....1 NON.....2 | → 108 |
| 107b | Quel nom donnez-vous à ce problème? ESSAYEZ D'OBTENIR LE NOM LOCAL DE CETTE MALADIE | _____ | |
| 107c | Connaissiez-vous, dans votre communauté, des enfants qui ont souffert de (NOM DE LA MALADIE) au cours du mois passé? | OUI.....1 NON.....2 | |
| 108 | Dites-moi s'il existe les équipements suivants à (NOM DE LA LOCALITE)? Y-a-t-il une école primaire? Y-a t-il une école secondaire? Y-a t-il un bureau de poste? Y-a -t-il un marché local? Y-a-t-il un cinéma? Y-a-t-il une banque? Y-a -t-il des transports publics ? SI DANS LA LOCALITE, NOTEZ "00", SINON NOTEZ EN KILOMETRES. SI "NSP", NOTEZ "98", SI PLUS DE 95 KM., NOTEZ "95". | KILOMETRES ECOLE PRIMAIRE..... ECOLE SECONDAIRE..... BUREAU DE POSTE..... MARCHÉ LOCAL..... CINEMA..... BANQUE..... TRANSPORT PUBLIC..... | |

* Les modalités doivent être adaptées aux spécificités du pays.

SECTION 1C. PROGRAMMES DE SANTE ET DE PLANIFICATION FAMILIALE DANS LA COMMUNAUTE

| No. | QUESTIONS | CODES | PASSER A | | | | | | |
|------|--|---|----------|--|--|--|--|--|--|
| 109 | Un programme de distribution communautaire de planification familiale existe-t-il à (LOCALITE)? | OUI.....1 NON.....2 | →110 | | | | | | |
| 109a | Les méthodes suivantes* sont-elles disponibles dans le programme de distribution communautaire? a: Pilule? b: Condom? c: Méthodes vaginales? | PILULE: OUI.....1 NON.....2 CONDOM: OUI.....1 NON.....2 METHODES VAGINALES: OUI.....1 NON.....2 | | | | | | | |
| 110 | Est-ce qu'un agent de terrain en planification familiale visite (LOCALITE)? [UTILISEZ LE TERME ADAPTE AU PAYS] | OUI.....1 NON.....2 | →111 | | | | | | |
| 110a | Combien de fois l'agent de terrain en planification familiale vient-il? | NBRE.DE FOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> PAR MOIS..1 PAR AN...2 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 110b | L'agent de terrain en planification familiale donne-t-il des conseils en matière de planification familiale? | OUI.....1 NON.....2 | | | | | | | |
| 110c | Est-il possible de se procurer les méthodes suivantes* auprès de l'agent de terrain en planification familiale? a: Pilule? b: Condom? c: Méthodes vaginales? | PILULE: OUI.....1 NON.....2 CONDOM: OUI.....1 NON.....2 METHODES VAGINALES: OUI.....1 NON.....2 | | | | | | | |
| 110d | Combien d'agents de terrain en planification familiale travaillent dans cette zone? Combien d'agents travaillent pour le gouvernement? Combien d'agents ne travaillent pas pour le gouvernement? | TOTAL NBRE. D'AGENTS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NBRE. D'AGENTS GOUV.... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NBRE. AGENTS NON-GOUV.. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 111 | Est-ce que (LOCALITE) est visité régulièrement par une clinique mobile de planification familiale ? | OUI.....1 NON.....2 | →112 | | | | | | |
| 111a | Combien de fois la clinique mobile de planification familiale vient-elle? | NBRE.DE FOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> PAR MOIS ..1 PAR AN....2 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 111b | Les méthodes* suivantes sont-elles disponibles à la clinique mobile de planification familiale ? a: Pilule? b: DIU? c: Stérilisation féminine? d: Injection? | PILULE: OUI.....1 NON.....2 DIU: OUI.....1 NON.....2 STERILISATION FEMININE: OUI.....1 NON.....2 INJECTION: OUI.....1 NON.....2 | | | | | | | |

* Les méthodes et services appropriés seront déterminés sur la base des programmes spécifiques de chaque pays.

| No. | QUESTIONS | CODES | PASSER A |
|------|---|---|----------|
| 112 | Y-a-t-il eu des campagnes de planification familiale à (LOCALITE) au cours de l'année passée? | OUI.....1 NON.....2 | →113 |
| 112a | Sur quel thème* particulier cette campagne a-t-elle mis l'accent? (ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES DONNEES) | ESPACEMENT NAISSANCES.....A AVANTAGES LIMIT. NAISSANCES.....B UTILISATION PLANNING FAMILIAL...C ALLAITEMENT.....D PROMOTION METHOD.SPECIFIQUE(S)...E OU TROUVER LES METHODES.....F AUTRE (PRECISER).....G | |
| 113 | Où les femmes accouchent-elles? | A LA MAISON.....1 AU CENTRE DE SANTE/HOPITAL.....2 | |
| 114 | Y-a-t-il une accoucheuse traditionnelle qui assiste régulièrement les femmes lors des accouchements? | OUI.....1 NON.....2 | →115 |
| 114a | L'accoucheuse traditionnelle fournit-elle des compléments de fer? | OUI.....1 NON.....2 | |
| 114b | L'accoucheuse traditionnelle a-t-elle reçu une formation spéciale du gouvernement, du Ministère de la Santé ou d'une autre organisation? | OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 | |
| 115 | Cette zone est-elle couverte par une sage-femme professionnelle? | OUI.....1 NON.....2 | |
| 115a | La sage-femme professionnelle fournit-elle des compléments de fer? | OUI.....1 NON.....2 | |
| 116 | Cette zone est-elle couverte par un agent de santé de terrain? [UTILISEZ LE TERME ADAPTE AU PAYS] | OUI.....1 NON.....2 | →117 |
| 116a | L'agent de santé fournit-il*? a: des médicaments de base? b: des instructions pour l'utilisation de la TRO ou des sachets de SRO? c: de comprimés de vitamine A? d: des conseils pour la croissance? e: comprimés de fer? f: des capsules/injections d'huile iodée? g: des soins prénatals? h: des vaccinations? i: des services de planification familiale? | MEDICAMENTS DE BASE: OUI.....1 NON.....2 TRO/SRO: OUI.....1 NON.....2 VITAMINE A: OUI.....1 NON.....2 CONSEIL POUR CROISSANCE: OUI.....1 NON.....2 COMPRIMES DE FER: OUI.....1 NON.....2 HUILE IODEE: OUI.....1 NON.....2 SOINS PRENATALS: OUI.....1 NON.....2 VACCINATIONS: OUI.....1 NON.....2 PLANIFICATION FAMILIALE: OUI.....1 NON.....2 | |
| 116b | Combien de fois l'agent de santé vient-il? | NBRE.DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> PAR MOIS ..1 PAR AN.....2 | |

| | | | |
|------|---|---|-------|
| 117 | Y-a-t-il eu des campagnes de santé à (LOCALITE) au cours de l'année passée? | OUI.....1 NON.....2 | →A201 |
| 117a | Sur quel thème** particulier cette campagne a-t-elle mis l'accent? (ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES DONNEES) | BIENFAITS DE L'ALLAITEMENT.A VACCINATIONS.....B CONTROLE MALADIES DIARRHEE.....C SIDA.....D ABUS DE DROGUES.....E CONSEIL CROISSANCE/NUTRITION...F VITAMINE A.....G CARENCE EN IODE.H SYSTEME SANITAIRE.....I AUTRE (PRECISER).....J | |

* Les méthodes et services appropriés seront déterminés sur la base des programmes spécifiques de chaque pays.
 ** Les codes seront adaptés pour chaque pays.

1-4

SECTION 2.

IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS

Quel est le nom du médecin avec un cabinet privé le plus proche de cette communauté?
(DECRIRE CE QUE L'ON ENTEND PAR MEDECIN AVEC UN CABINET PRIVE DE MANIERE ADAPTEE AU PAYS)

Quel est le nom de la pharmacie la plus proche de cette communauté? (DECRIRE CE QUE
L'ON ENTEND PAR UNE PHARMACIE DE MANIERE ADAPTEE AU PAYS).

Quel est le nom du centre de santé fournissant des services de médecine générale le plus proche de
cette communauté? (DECRIRE CE QUE L'ON ENTEND PAR UN CENTRE DE SANTE DE MANIERE ADAPTEE AU PAYS).

Quel est le nom de la clinique fournissant des services de santé la plus proche de cette communauté?
(DECRIRE CE QUE L'ON ENTEND PAR UNE CLINIQUE DE MANIERE ADAPTEE AU PAYS).

Quel est le nom de l'hôpital fournissant des services de santé le plus proche de cette communauté?
(DECRIRE CE QUE L'ON ENTEND PAR UN HOPITAL DE MANIERE ADAPTEE AU PAYS).

A. MEDECIN PRIVE

| No. | QUESTIONS | CODES | PASSER A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|--|----------------|-----|-----|-----|-----------------------|---|---|--|--------------------|---|---|--|-----------------------|---|---|--|-------------------------|---|---|--|-------|
| A201 | NOM DU MEDECIN PRIVE (A COPIER DE LA SECTION 2, PAGE DE COUVERTURE) | MEDECIN PRIVE NOM _____ _____ NON APPLICABLE.....000 | →B201 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A202 | A quelle distance d'ici (en Kms) se trouve t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A203 | Quel est le moyen de transport le plus fréquemment utilisé pour se rendre chez le médecin? | VEHICULE MOTEUR (EX. BUS).....1 BICYCLETTE.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED4 AUTRE5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A204 | Combien de temps mettez-vous pour vous rendre chez (MEDECIN PRIVE) en utilisant le moyen de transport le plus fréquent? | HEURES..... <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A205 | Ce médecin privé dispense-t-il: des soins prénatals? des accouchements? des vaccinations des enfants? des services de planification familiale? | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SOINS PRENATALS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VACCINS ENFANTS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PLANNING FAMILIAL.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | NSP | SOINS PRENATALS.....1 | 2 | 8 | | ACCOUCHEMENT.....1 | 2 | 8 | | VACCINS ENFANTS.....1 | 2 | 8 | | PLANNING FAMILIAL.....1 | 2 | 8 | | →A210 |
| | OUI | NON | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS PRENATALS.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCOUCHEMENT.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VACCINS ENFANTS.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLANNING FAMILIAL.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A206 | Quel est le nom du médecin avec un cabinet privé le plus proche fournissant des services de planification familiale à cette communauté? | MEDECIN PRIVE NOM _____ _____ NON APPLICABLE.....000 NSP.....98 | →A210 →A210 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A207 | A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A208 | Quel est le moyen de transport le plus fréquemment utilisé pour se rendre chez le médecin? | VEHICULE A MOTEUR (EX. BUS).....1 BICYCLETTE.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED4 AUTRE5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A209 | Combien de temps mettez-vous pour vous rendre chez (MEDECIN PRIVE) en utilisant le moyen de transport le plus fréquent? | HEURES..... <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A210 | Au total, combien y-a-t-il de médecins avec des cabinets privés dans un rayon de 30 kilomètres? | NBRE. MEDECINS PRIVES DANS RAYON DE 30 KM..... <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

B. PHARMACIE

| No. | QUESTIONS | CODES | PASSER A |
|------|--|--|----------------|
| B201 | NOM DE LA PHARMACIE (A COPIER DE LA SECTION 2, PAGE DE COUVERTURE). | PHARMACIE NOM _____ NON APPLICABLE.....000 | →C201 |
| B202 | Est-ce une pharmacie du gouvernement ou est-elle gérée par une organisation non gouvernementale ? | GOVERNEMENTALE.....1 NON-GOVERNEMENTALE.....2 | |
| B203 | A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-elle? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN 1 KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| B204 | Quel est le moyen de transport le plus fréquemment utilisé pour se rendre à la pharmacie? | VEHICULE A MOTEUR (EX.BUS).....1 BICYCLETTE.....2 DOS D'ANIMAL3 A PIED4 AUTRE5 | |
| B205 | Combien de temps mettez-vous pour vous rendre à (PHARMACIE) en utilisant le moyen de transport le plus fréquent? | HEURES..... <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| B206 | La pharmacie vend-elle des moyens contraceptifs? | OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 | →B212 |
| B207 | Quel est le nom de la pharmacie la plus proche qui vend des moyens contraceptifs à cette communauté? | PHARMACIE NOM _____ NON APPLICABLE.....000 NSP.....98 | →B212 →B212 |
| B208 | Est-ce une pharmacie du gouvernement ou est-elle gérée par une organisation non gouvernementale? | GOVERNEMENTALE.....1 NON-GOVERNEMENTALE.....2 | |
| B209 | A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-elle? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| B210 | Quel est le moyen de transport le plus fréquemment utilisé pour se rendre à la pharmacie? | VEHICULE A MOTEUR (EX.BUS).....1 BICYCLETTE.....2 DOS D'ANIMAL3 A PIED4 AUTRE5 | |
| B211 | Combien de temps mettez-vous pour vous rendre à (PHARMACIE) en utilisant le moyen de transport le plus fréquent? | HEURES..... <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| B212 | Au total, combien y-a-t-il de pharmacies dans un rayon de 30 kilomètres? | NBRE. PHARMACIES DANS RAYON DE 30 KM..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |

C. CENTRE DE SANTE

| No. | QUESTIONS | CODES | PASSER A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|----------|-----|-----|-----|-----------------------|---|---|--|--------------------|---|---|--|------------------------|---|---|--|------------------------|---|---|--|------------------------|---|---|--|-------|
| C201 | NOM DU CENTRE DE SANTE (A COPIER DE LA SECTION 2, PAGE DE COUVERTURE). | CENTRE DE SANTE NOM _____ NON APPLICABLE.....000 | →D201 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C202 | Est-ce un centre de santé du gouvernement ou est-il géré par une organisation non gouvernementale? | GOVERNEMENTAL.....1 NON-GOUVERNEMENTAL.....2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C203 | A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN 1 KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C204 | Quel est le moyen de transport le plus fréquemment utilisé pour se rendre au centre de santé? | VEHICULE A MOTEUR (EX. BUS).....1 BICYCLETTE.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED4 AUTRE5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C205 | Combien de temps mettez-vous pour vous rendre au (CENTRE DE SANTE) en utilisant le moyen de transport le plus fréquent? | HEURES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C206 | Ce centre de santé dispense-t-il : des soins prénatals? des accouchements? des conseils pour la croissance? des vaccinations des enfants? des services de planification familiale? | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SOINS PRENATALS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONSEIL CROISSANCE...1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VACCINS ENFANTS... ..1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PLANNING FAMILIAL....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | NSP | SOINS PRENATALS.....1 | 2 | 8 | | ACCOUCHEMENT.....1 | 2 | 8 | | CONSEIL CROISSANCE...1 | 2 | 8 | | VACCINS ENFANTS... ..1 | 2 | 8 | | PLANNING FAMILIAL....1 | 2 | 8 | | →C213 |
| | OUI | NON | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS PRENATALS.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCOUCHEMENT.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSEIL CROISSANCE...1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VACCINS ENFANTS... ..1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLANNING FAMILIAL....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C207 | Quel est le nom du centre de santé le plus proche fournissant des services de planification familiale à cette communauté? | CENTRE DE SANTE NOM _____ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C208 | Est-ce un centre de santé du gouvernement ou est-il géré par une organisation non gouvernementale? | GOVERNEMENTAL.....1 NON-GOUVERNEMENTAL.....2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C209 | A quelle distance (en kms) se trouve-t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C210 | Quel est le moyen de transport le plus fréquemment utilisé pour se rendre au centre de santé? | VEHICULE A MOTEUR (EX. BUS).....1 BICYCLETTE.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED4 AUTRE5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C211 | Combien de temps mettez-vous pour vous rendre au (CENTRE DE SANTE) en utilisant le moyen de transport le plus fréquent? | HEURES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C212 | Ce centre de santé dispense-t-il : des soins prénatals? des accouchements? des conseils pour la croissance? des vaccinations des enfants? | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SOINS PRENATALS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONSEIL CROISSANCE...1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VACCINS ENFANTS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | NSP | SOINS PRENATALS.....1 | 2 | 8 | | ACCOUCHEMENT.....1 | 2 | 8 | | CONSEIL CROISSANCE...1 | 2 | 8 | | VACCINS ENFANTS.....1 | 2 | 8 | | | | | | |
| | OUI | NON | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS PRENATALS.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCOUCHEMENT.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSEIL CROISSANCE...1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VACCINS ENFANTS.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C213 | Au total, combien y-a-t-il de centres de santé dans un rayon de 30 kms? | NBRE. DE CENTRES DE SANTE DANS RAYON DE 30 KM..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

D. CLINIQUE

| No. | QUESTIONS | CODES | PASSER A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|----------|-----|-----|-----|-----------------------|---|---|--|--------------------|---|---|--|------------------------|---|---|--|-----------------------|---|---|--|-----------------------|---|---|--|-------|
| D201 | NOM DE LA CLINIQUE (A COPIER DE LA SECTION 2, PAGE DE COUVERTURE). | CLINIQUE NOM _____ NON APPLICABLE.....000 | →E201 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D202 | Est-ce une clinique du gouvernement ou est-elle gérée par une organisation non gouvernementale? | GOVERNEMENTALE.....1 NON-GOVERNEMENTALE.....2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D203 | A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-elle? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN 1 KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D204 | Quel est le moyen de transport le plus fréquemment utilisé pour se rendre à la clinique? | VEHICULE A MOTEUR (EX.BUS).....1 BICYCLETTE.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE.....5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D205 | Combien de temps mettez-vous pour vous rendre à (CLINIQUE) en utilisant le moyen de transport le plus fréquent? | HEURES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D206 | Cette clinique dispense-t-elle : des soins prénatals? des accouchements? des conseils pour la croissance? des vaccinations des enfants? des services de planification familiale? | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SOINS PRENATALS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONSEIL CROISSANCE...1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VACCINS ENFANTS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PLANNING FAMILIAL...1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | NSP | SOINS PRENATALS.....1 | 2 | 8 | | ACCOUCHEMENT.....1 | 2 | 8 | | CONSEIL CROISSANCE...1 | 2 | 8 | | VACCINS ENFANTS.....1 | 2 | 8 | | PLANNING FAMILIAL...1 | 2 | 8 | | →D213 |
| | OUI | NON | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS PRENATALS.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCOUCHEMENT.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSEIL CROISSANCE...1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VACCINS ENFANTS.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLANNING FAMILIAL...1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D207 | Quel est le nom de la clinique la plus proche fournissant des services de planification familiale à cette communauté? | CLINIQUE NOM _____ NON APPLICABLE.....000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D208 | Est-ce une clinique du gouvernement ou est-elle gérée par une organisation non gouvernementale? | GOVERNEMENTALE.....1 NON-GOVERNEMENTALE.....2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D209 | A quelle distance (en kms) se trouve-t-elle? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D210 | Quel est le moyen de transport le plus fréquemment utilisé pour se rendre à la clinique? | VEHICULE A MOTEUR (EX.BUS).....1 BICYCLETTE.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED.....4 AUTRE.....5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D211 | Combien de temps mettez-vous pour vous rendre à (CLINIQUE) en utilisant le moyen de transport le plus fréquent? | HEURES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D212 | Cette clinique dispense-t-elle : des soins prénatals? des accouchements? des conseils pour la croissance? des vaccinations des enfants? | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SOINS PRENATALS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONSEIL CROISSANCE...1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VACCINS ENFANTS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | NSP | SOINS PRENATALS.....1 | 2 | 8 | | ACCOUCHEMENT.....1 | 2 | 8 | | CONSEIL CROISSANCE...1 | 2 | 8 | | VACCINS ENFANTS.....1 | 2 | 8 | | | | | | |
| | OUI | NON | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS PRENATALS.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCOUCHEMENT.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSEIL CROISSANCE...1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VACCINS ENFANTS.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D213 | Au total, combien y-a-t-il de cliniques dans un rayon de 30 kms? | NBRE. DE CLINQUES DANS RAYON DE 30 KM..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

E. HOPITAL

| No. | QUESTIONS | CODES | PASSER A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|----------|-----|-----|-----|-----------------------|---|---|--|--------------------|---|---|--|------------------------|---|---|--|-----------------------|---|---|--|-----------------------|---|---|--|-------|
| E201 | NOM DE L'HOPITAL (A COPIER DE LA SECTION 2, PAGE DE COUVERTURE). | HOPITAL NOM _____ NON APPLICABLE.....000 | →214 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E202 | Est-ce un hôpital du gouvernement ou est-il géré par une organisation non gouvernementale? | GOVERNEMENTAL.....1 NON-GOVERNEMENTAL.....2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E203 | A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN 1 KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E204 | Quel est le moyen de transport le plus fréquemment utilisé pour se rendre à l'hôpital? | VEHICULE A MOTEUR (EX.BUS).....1 BICYCLETTE.....2 DOS D'ANIMAL.....3 A PIED4 AUTRE5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E205 | Combien de temps mettez-vous pour vous rendre à (HOPITAL) en utilisant le moyen de transport le plus fréquent? | HEURES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MINUTES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E206 | Cet hôpital dispense-t-il: des soins prénatals? des accouchements? des conseils pour la croissance? des vaccinations des enfants? des services de planification familiale? | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SOINS PRENATALS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONSEIL CROISSANCE...1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VACCINS ENFANTS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PLANNING FAMILIAL...1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | NSP | SOINS PRENATALS.....1 | 2 | 8 | | ACCOUCHEMENT.....1 | 2 | 8 | | CONSEIL CROISSANCE...1 | 2 | 8 | | VACCINS ENFANTS.....1 | 2 | 8 | | PLANNING FAMILIAL...1 | 2 | 8 | | →E213 |
| | OUI | NON | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS PRENATALS.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCOUCHEMENT.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSEIL CROISSANCE...1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VACCINS ENFANTS.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLANNING FAMILIAL...1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E207 | Quel est le nom de l'hôpital le plus proche fournissant des services de planification familiale à cette communauté? | HOPITAL NOM _____ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E208 | Est-ce un hôpital du gouvernement ou est-il géré par une organisation non gouvernementale? | GOVERNEMENTAL.....1 NON-GOVERNEMENTAL.....2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E209 | A quelle distance (en kms) se trouve-t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E210 | Quel est le moyen de transport le plus fréquemment utilisé pour se rendre à l'hôpital? | VEHICULE A MOTEUR (EX.BUS).....1 BICYCLETTE.....2 DOS D'ANIMAL3 A PIED.....4 AUTRE5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E211 | Combien de temps mettez-vous pour vous rendre à (HOPITAL) en utilisant le moyen de transport le plus fréquent? | HEURES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MINUTES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E212 | Cet hôpital dispense-t-il : des soins prénatals? des accouchements? des conseils pour la croissance? des vaccinations des enfants? | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SOINS PRENATALS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONSEIL CROISSANCE...1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VACCINS ENFANTS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | NSP | SOINS PRENATALS.....1 | 2 | 8 | | ACCOUCHEMENT.....1 | 2 | 8 | | CONSEIL CROISSANCE...1 | 2 | 8 | | VACCINS ENFANTS.....1 | 2 | 8 | | | | | | |
| | OUI | NON | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS PRENATALS.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCOUCHEMENT.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSEIL CROISSANCE...1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VACCINS ENFANTS.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E213 | Au total, combien y-a t-il d'hôpitaux dans un rayon de 30 kms ? | NBRE. D'HOPITAUX DANS RAYON DE 30 KM..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IDENTIFICATION DES METHODES CONTRACEPTIVES ET DES SERVICES DE SANTE*

| No. | QUESTIONS | CODES | PASSEZ A |
|-----|---|--|----------|
| 214 | Quel est le nom de l'endroit le plus proche où il est possible de se procurer des pilules contraceptives? | NOM DE L'ENDROIT LE PLUS PROCHE OU SE PROCURER DES PILULES | |
| 215 | A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN 1 KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 216 | Quel est le nom de l'endroit ou du fournisseur le plus où il est possible de se procurer des condoms? | NOM DE L'ENDROIT LE PLUS PROCHE OU SE PROCURER UN CONDOM | |
| 217 | A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN 1 KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 218 | Quel est le nom de l'endroit le plus proche où il est possible de se procurer des injections contraceptives? | ENDROIT LE PLUS PROCHE POUR DES INJECTIONS | |
| 219 | A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN 1 KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 220 | Quel est le nom de l'établissement le plus proche où il est possible de se faire placer un stérilet? | ENDROIT LE PLUS PROCHE OU SE FAIRE PLACER UN STERILET | |
| 221 | A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN 1 KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 222 | Quel est le nom de l'établissement le plus proche où l'on pratique la stérilisation féminine? | NOM DE L'ETABLISSEMENT LE PLUS PROCHE PRATIQUANT LA STERIL.FEMININE | |
| 223 | A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN 1 KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 224 | Quel est le nom de l'endroit le plus proche où il est possible de faire vacciner les enfants? | NOM DE L'ENDROIT LE PLUS PROCHE OU FAIRE VACCINER SES ENFANTS | |
| 225 | A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN 1 KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 226 | Quel est le nom de l'endroit le plus proche où il est possible de se procurer des sachets de solution de réhydratation par voie orale (SRO)? | NOM DE L'ENDROIT OU SE PROCURER DES SRO | |
| 227 | A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN 1 KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |

| No. | QUESTIONS | CODES | PASSER A |
|-----|---|---|----------|
| 228 | Si un enfant souffre de la toux (maladie respiratoire), quel est le nom de l'endroit le plus proche où il est possible d'obtenir un traitement? | LIEU DE TRAITEMENT DES MALADIES RESPIRATOIRES LE PLUS PROCHE _____ | |
| 229 | A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN 1 KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 230 | Quel est le nom de l'endroit le plus proche où il est possible d'obtenir des soins prénatals? | NOM DE L'ENDROIT LE PLUS PROCHE DISPENSANT DES SOINS PRENATALS _____ | |
| 231 | A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN 1 KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 232 | Si une femme souffre de complications durant un accouchement, quel est le nom de l'endroit le plus proche où elle peut être traitée? | NOM DU LIEU D'ACCOUCHEMENT LE PLUS PROCHE _____ | |
| 233 | A quelle distance d'ici (en kms) se trouve-t-il? (NOTEZ "00" SI MOINS D'UN 1 KILOMETRE. SI LA DISTANCE EST COMPRISE ENTRE 1 ET 94 KMS, NOTEZ LE NOMBRE DONNE. SI DISTANCE EST 95 KMS OU PLUS, NOTEZ "95"). | KILOMETRES..... <input type="text"/> <input type="text"/> | |

* Les méthodes appropriées seront déterminées sur la base des programmes spécifiques à chaque pays.

| | | | | |
|------|---|---|--|--|
| 234. | INFORMATEURS DE LA GRAPPE | | | |
| | NOM | POSITION/TITRE/EMPLOI | | |
| 1. | _____ | _____ | | |
| 2. | _____ | _____ | | |
| 3. | _____ | _____ | | |
| 4. | _____ | _____ | | |
| 226. | NOMBRE TOTAL D'INFORMATEURS DANS LA GRAPPE..... | | | |
| | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | | |

FIN DE L'INTERVIEW DE LA GRAPPE.