

THE DHS PROGRAM - EVALUATION DES PRESTATIONS DES SERVICES DE SOINS DE SANTE

INTERVIEW A LA SORTIE DES PATIENTES DES SOINS PRENATALS

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE SANITAIRE

TYPE DE QUESTIONNAIRE

S	C	P	N
---	---	---	---

NUMERO DE LA FOSA

--	--	--	--	--	--

NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE
[DE LA LISTE DE PERSONNEL]

--	--

CODE DU CLIENT (A PARTIR DE LA LISTE DES CLIENTS)

--	--	--

INFORMATION SUR L'INTERVIEW

DATE:

JOUR

--	--

MOIS

--	--

ANNEE.....

2	0	2	
---	---	---	--

Name l'enquêteur/trice:

CODE DE L'ENQUETEUR

--	--	--

1. Information sur la visite -Consultation Périnatale (CPN)

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A																
	<p>A LIRE A LA CLIENTE : Bonjour, je suis _____ . Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons [ORGANISME D'IMPLEMENTATION]. Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des formations sanitaires. Afin d'améliorer les services qu'offre cette formation, nous voudrions vous poser quelques questions sur votre travail ici relativement à la journée d'aujourd'hui.</p> <p>Sachez que la participation à cette entrevue est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevez pendant n'importe quelle visite future.</p> <p>Les informations de cette enquête peuvent être tournées aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date des services ne seront divulgués, ainsi votre identité demeurera complètement confidentielle.</p> <p>Avez-vous des questions pour moi ? Ai-je votre permission de continuer l'entrevue ?</p>																		
	Signature de l'Enquêteur (indique que le consentement du répondant a été demandé)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td></td> </tr> <tr> <td>JOUR</td><td>MOIS</td><td colspan="2">ANNEE</td><td colspan="3"></td><td></td> </tr> </table>					2	0	2		JOUR	MOIS	ANNEE						
				2	0	2													
JOUR	MOIS	ANNEE																	
100	Puis-je commencer l'entrevue?	ACCEPTÉ 1 REFUS 2	→ FIN																
101	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW DANS LE FORMAT DE 24 HEURES	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td> </tr> </table>			.														
		.																	
102	Avez-vous une carte/carnet de soins prénatals, ou une carte de vaccination sur vous? SI OUI: DEMANDEZ A VOIR LA CARTE/CARNET.	OUI 1 NON, CARNET RESTE DANS LA STRUC' 2 CARNET PAS UTILISE 3	→106																
103	VÉRIFIEZ LA CARTE/CARNET PRENATAL, OU CARTE DE VACCINATION. INDIQUEZ S'IL Y EST NOTE OU NON QUELQUE CHOSE QUI MONTRE QUE LA CLIENTE A REÇU DU VACCIN ANTI-TETANIQUE.	OUI, UNE FOIS 1 OUI, DEUX FOIS 2 OUI, TROIS FOIS OU PLUS 3 PAS D'INDICATION 4																	
104	SELON LA CARTE/CARNET PRENATAL, DEPUIS COMBIEN DE SEMAINES EST-ELLE ENCEINTE?	# DES SEMAINES <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> PAS DISPONIBLE 95																	
105	EST-CE QUE LA CARTE INDIQUE QUE LA CLIENTE A RECU UN TRAITEMENT PREVENTIF DE MEDICAMENTS ANTIPALUDEENS? SI OUI, INDIQUEZ LE NOMBRE DES DOSES	OUI, 1 DOSE 1 OUI, 2 DOSES 2 OUI, 3 DOSES 3 OUI, 4 DOSES 4 NON 5																	
106	Avez-vous déjà été enceinte, quelque soit la durée ou l'aboutissement, ou bien c'est votre première grossesse?	PREMIERE GROSSESSE 1 PAS PREMIERE GROSSESSE 2																	
107	Est-ce que c'est votre première visite périnatale à cette formation pour cette grossesse? SI PAS PREMIERE VISITE, DEMANDER Combien de fois avez-vous visité cet établissement pour cette grossesse?	PREMIERE VISITE 1 DEUXIEME VISITE 2 TROISIEME VISITE 3 QUATRIEME VISITE 4 PLUS DES 4 VISITES 5																	

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
108	Durant cette visite, ou visites précédentes, le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit des comprimés de fer ou acide folique ou les deux? MONTREZ A LA CLIENTE LES COMPRIMES DE FER, ACIDE FOLIQUE OU COMPRIME COMBINE.	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→112
109	Durant cette visite ou lors des visites précédentes, le prestataire vous a-t-il expliqué comment prendre les comprimés de fer?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	
110	Durant cette visite ou lors des visites précédentes, le prestataire vous a-t-il parlé des effets secondaires des comprimés de fer?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→112
111	Dites-moi SVP tous les effets secondaires que vous connaissez et qui sont liés à la prise des comprimés de fer. INSISTEZ SANS LIRE LES REPONSES EN DISANT PAR EXEMPLE "QUOI D'AUTRES?"	NAUSÉE..... A SELLES NOIRES..... B CONSTIPATION..... C AUTRE _____ X (SPECIFIER) Z NE SAIT PAS.....	
112	Durant cette visite ou lors de visites précédentes, le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit un antipaludéen? MONTREZ LES COMPRIMES DE FANSIDAR?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→114
113	Vous a-t-on demandé d'avalier les comprimés dans la structure et en présence d'un prestataire?	OUI 1 NON 2	
114	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a conseillé d'utiliser une moustiquaire imprégnée d'insecticide	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	
115	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a donné une moustiquaire imprégnée d'insecticide gratuitement?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→117

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
116	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a proposé d'acheter une moustiquaire imprégnée d'insecticide ou vous avez recommandé un endroit pour l'acheter.	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	
117	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a parlé de la nutrition ou quelle nourriture vous devez manger pendant cette grossesse?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	
118	Dites moi s'il vous plait certains signes de complications (signes de danger) de la grossesse que vous connaissez. Je voudrais parler de tout ce qui pourrait indiquer un problème ou une complication de la grossesse, ou tout ce qui pourrait nuire au bon déroulement de la grossesse. ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES. INSISTEZ SANS LIRE LES REPONSES EN DISANT PAR EXEMPLE "QUOI D'AUTRES?"	SAIGNEMENT VAGINAL A FIEVRE. B OEDEME VISAGE/MAINS. C FATIGUE ET ESSOUFLEMENT. . . D MAUX DE TETE ET VISION FLOUE. E CONVULSIONS. F MOUVEMENTS FOETAUX REDUITS OU ABSENTS. G RUPTURE PREMATURE DES MEMBRANES H TOUX OU DIFFICULTE A RESPIRER PDT 3 SEMAINES OU PLUS I AUTRE _____ X (SPECIFIER) NSP. Z	→ 120
119	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a parlé de la des signes d'alerte des complications de la grossesse.	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
120	<p>Qu'est ce que le prestataire vous a donné comme conseil au cas où vous avez un de ces signes de complications?</p> <p>ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.</p> <p>INSISTEZ SANS LIRE LES REPONSES EN DISANT PAR EXEMPLE "QUOI D'AUTRES?"</p>	<p>VENIR A LA STRUCTURE A</p> <p>REDUIRE L'ACTIVITE PHYSIQUE B</p> <p>CHANGER LE REGIME ALIMENTAIRE C</p> <p>AUTRE _____ X (SPECIFIER)</p> <p>PAS DES CONSEILS Y</p>	
121	<p>Est-ce que pendant cette visite ou une visite antérieures, un prestataire a discuté avec vous de choses que vous devriez avoir en vue de votre accouchement ?</p> <p>Ceci pourrait inclure des dispositions en cas d'urgences, les choses que vous devriez apporter avec vous à la maternité ou les choses que à la maison pour un accouchement à domicile.</p>	<p>OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1</p> <p>OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2</p> <p>OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3</p> <p>NON 4</p> <p>NSP 8</p>	
122	<p>Dites-moi SVP toutes les choses que vous savez sur tout ce que vous devriez avoir en vue de votre accouchement.</p> <p>ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.</p> <p>INSISTEZ SANS LIRE LES REPONSES EN DISANT PAR EXEMPLE "QUOI D'AUTRES?"</p>	<p>TRANSPORT URGENCE..... A</p> <p>ARGENT..... B</p> <p>DESINFECTANT..... C</p> <p>LAME/CISEAUX STERILE POUR COUPER CORDON... D</p> <p>GANTS E</p> <p>CORDE POUR NOUER LE CORDON OMBILICAL..... F</p> <p>AUTRE _____ X (SPECIFIER) Z</p> <p>NE SAIT PAS</p>	
123	<p>Avez-vous mis de l'argent à côté pour l'accouchement?</p> <p>SI OUI, DEMANDEZ: En avez-vous assez?</p>	<p>OUI, ASSEZ..... 1</p> <p>OUI, MAIS PAS ASSEZ..... 2</p> <p>NON..... 3</p>	
124	<p>Durant cette visite ou lors de visites précédentes, le prestataire vous a-t-il questionné sur le lieu où vous pensez accoucher?</p>	<p>OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1</p> <p>OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2</p> <p>OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3</p> <p>NON 4</p> <p>NSP 8</p>	

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
125	Avez-vous décidé où vous irez accoucher de votre bébé ? SI OUI: INSISTEZ POUR SAVOIR SI ELLE VA ACCOUCHER DANS UNE FORMATION OU A DOMICILE	DANS CETTE STRUCTURE ... 1 DANS AUTRE STRUCTURE..... 2 DANS UN DOMOCILE..... 3 CHEZ LA MATRONE. 4 AUTRE _____ 6 (SPECIFIER) NE SAIT PAS..... 8	
126	Connaissez-vous les signes de danger de l'accouchement ou de l'après accouchement? SI OUI: Quels sont les signes que vous connaissez?	SAIGNEMENTS ABONDANT..... A FIEVRE..... B PLAIES GENITALES..... AUCUN..... C Y	
127	Durant cette visite ou lors de visites précédentes, est-ce que le prestataire a parlé de l'importance de l'allaitement exclusif ?—c'est-à-dire, au sujet de ne donner à votre bébé rien que du lait maternel ?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→129
128	Pendant combien de mois le prestataire vous a conseillé d'allaiter exclusivement votre enfant au sein, c'est-à-dire, que vous ne devez donner à votre bébé ni liquide ni nourriture en plus de votre lait ?	ENTRE 4 A 6 MOIS 1 6 MOIS 2 AUTRE 6 NSP 8	
129	Durant cette visite ou lors de visites précédentes, le prestataire vous a-t-il parlé de l'utilisation de la planification familiale après la naissance de votre bébé?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	

2. Satisfaction Cliente

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
	Maintenant je vais vous poser quelques questions sur les services que vous avez reçus aujourd'hui. Je voudrais avoir votre avis sincère au sujet de choses à propos desquelles nous allons parler. Ces informations aideront à améliorer les services des consultations prénatales.		
201	<p>Combien de temps avez- vous attendu entre le moment de votre arrivée à ce service et le moment où vous avez pu voir le prestataire pour la consultation?</p> <p>ESSAYEZ DE DÉTERMINER LE TEMPS D'ARRIVÉE DE LA CLIENTE DANS LA STRUCTURE ET QUAND LA STRUCTURE OUVRE POUR LES SERVICES. NOUS SOMMES INTERESSES AU TEMPS D'ATTENTE DEPUIS L'HEURE D'OUVERTURE NORMALE DE LA STRUCTURE</p>	<p>MINUTES <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>A VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT 000 NE SAIT PAS998</p>	
202	Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les clientes rencontrent dans les formations sanitaires. A chaque fois que je mentionne l'un d'entre eux, dites-moi SVP, s'il était un problème pour vous aujourd'hui; et si oui, s'il était un grand problème ou un problème mineur pour vous.		
		PAS DES PROBLE GRAND MINEUR MES NSP	
01	Le temps d'attente	1 2 3 8	
02	La capacité de discuter des problèmes ou des soucis concernant votre grossesse avec le prestataire	1 2 3 8	
03	La quantité d'explication que vous avez reçue au sujet de votre grossesse ou autres problèmes.	1 2 3 8	
04	L'intimité par rapport à d'autres qui vous voient en train d'être examinée	1 2 3 8	
05	L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation	1 2 3 8	
06	La disponibilité des médicaments dans la formation	1 2 3 8	
07	Les heures de service dans cette formation	1 2 3 8	
08	Le nombre de jours de services mis à votre disposition	1 2 3 8	
09	La propreté de la formation sanitaire	1 2 3 8	
10	Comment le personnel vous a traité	1 2 3 8	
11	Le coût des services ou du traitement	1 2 3 8	
203	Avez-vous une assurance ou un programme semblable, ou un arrangement institutionnel qui paye pour vous en partie ou la totalité des services que vous recevez dans cet établissement ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
204	Vous a-t-on demandé, ou avez-vous payé quelque chose pour des services reçus aujourd'hui ?	OUI 1 NOI..... 2	→ 206

205	Quel est le montant total que vous avez payé pour tous les services ou traitements que vous avez reçus dans cet établissement aujourd'hui ?	MONTANT TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 999998	
206	Est-ce que c'est l'établissement de santé le plus proche de chez vous ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→ 208 → 208
207	Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'êtes pas allée à l'établissement le plus proche de chez vous ? SI LA PATIENTE MENTIONNE PLUSIEURS RAISONS, INSISTEZ POUR SAVOIR LA RAISON PRINCIPALE	TEMPS DE TRAVAIL PAS COMMODE 01 MAUVAISE REPUTATION02 N'AIME PAS LE PERSONNEL 03 PAS DE MEDICAMENTS 04 PREFERE RESTER ANONYME05 C'EST PLUS CHER 06 REFERENCE 07 AUTRE 96 NSP98	
208	En général, laquelle de ces attestations décrivent le mieux votre opinion sur les services que vous avez reçu dans cette structure aujourd'hui LIRE TOUTES LES ATTESTATIONS ET EN CHOISIR UNE SEULE 01) JE SUIS TRES SATISFAITE DES SERVICES RECUS 02) JE SUIS PLUS OU MOINS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 03) JE NE SUIS PAS SATISFAITE DES SERVICES RECUS	1 2 3	
209	Pouvez-vous recommander cette structure à un ami ou un membre de famille?	OUI 1 NOI 2 NSP 8	

3. Caractéristiques Personnelles de la Cliente

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur vous-même. Je voudrais avoir de votre part des réponses sincères car ces informations nous aideront à améliorer les services.</p>			
302	Quel était votre âge à votre dernier anniversaire?	AGE EN ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 98	
303	Avez-vous déjà fréquenté l'école (formelle)?	OUI 1 NOI..... 2	→ 305
304	Quel est le plus haut niveau scolaire que vous avez atteint? ADAPTEZ SELON LE SYSTEME DU PAYS	PRIMAIRE 1 POST PRIMAIRE/TECHNIQUE 2 SECONDAIRE 3 SUPERIEUR 4 UNIVERSITAIRE 5	→ 306
305	Savez-vous lire ou écrire?	OUI, LIRE SEULEMENT ... 1 OUI, LIRE ET ECRIRE 2 NON 3	
306	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
Merci infiniment d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. De nouveau, n'importe quelle information que vous avez fournie sera maintenue complètement confidentielle. Merci encore et bonne journée !			
Commentaires de l'enquêteur :			