

**THE DHS PROGRAM - ENQUÊTE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ**

**INTERVIEW DE SORTIE DE L'ACCOMPAGNATEUR DE L'ENFANT MALADE**

**INDENTIFICATION DE LA STRUCTURE SANITAIRE**

NUMERO DE LA STRUCTURE

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

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

--	--

CODE DE L'ENFANT MALADE (A PARTIR DE LA LISTE DES CLIENTS)

--	--	--

**INFORMATION SUR L'INTERVIEW**

Date: .....

JOUR .....

--	--

MOIS .....

--	--

ANNEE .....

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

Nom de l'enquêteur : \_\_\_\_\_

CODE DE L'ENQUETEUR

--	--	--	--

# 1. Informations sur la Visite

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A																
	<p><b>A LIRE A L'ACCOMPAGNATEUR:</b> Bonjour, je suis _____. Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons [AGENCE D'EXECUTION]. Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des formations sanitaires dans [PAYS]. Afin d'améliorer les services qu'offre cette structure, nous voudrions vous poser quelques questions sur la consultation dont votre enfant a bénéficié aujourd'hui.</p> <p>Sachez que la participation à cette interview est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevrez pendant n'importe quelle visite future. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question, et vous pouvez arrêter l'interview à tout moment.</p> <p>Les informations de cette enquête peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date de consultation ne seront divulgués, ainsi votre identité demeurera complètement confidentielle. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez qu'on arrête l'interview, je vous prie de me le dire.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Ai-je votre permission de continuer l'interview ?</p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; margin-right: 10px;"></div> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">JOUR</td> <td colspan="2">MOIS</td> <td colspan="4">ANNEE</td> </tr> </table> </div> <p>Signature de l'enquêteur (indique que le consentement du répondant a été demandé)</p>							2	0	2		JOUR		MOIS		ANNEE			
				2	0	2													
JOUR		MOIS		ANNEE															
100	Puis-je commencer l'interview?	CLIENT ACCEPTE ..... 1 CLIENT REFUSE ..... 2	→ FIN																
101	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW.....	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 60px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																	
102	Quel est le nom de l'enfant malade?	NOM _____																	
<b>1.1. AGE DE L'ENFANT</b>																			
103	En quel mois et quelle année est né [NOM]?	MOIS ..... <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px; height: 20px; display: inline-table;"></table> NE SAIT PAS MOIS..... 98  ANNEE..... <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 60px; height: 20px; display: inline-table;"></table> NE SAIT PAS ANNEE..... 9998																	
104	Quel est l'âge de [NOM] en mois (révolus)?	AGE EN MOIS <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px; height: 20px; display: inline-table;"></table> NE SAIT PAS MOIS..... 98																	
<b>1.2. SIGNES ET SYMPTOMES DE LA MALADIE ACTUELLE</b>																			
105	[NOM] avait-il (elle) eu de la fièvre au cours de cette maladie ou à n'importe quel moment au cours des deux jours passés?	OUI ..... 1 NON..... 2																	
106	[NOM] a-t-il (elle) fait une convulsion au cours de cette maladie?	OUI ..... 1 NON..... 2																	
107	[NOM] a-t-il(elle) eu une toux ou des difficultés à respirer au cours de cette maladie?	OUI ..... 1 NON..... 2																	
108	[NOM] peut-il(elle) boire, manger ou teter ?	OUI ..... 1 NON..... 2																	
109	[NOM] a-t-il (elle) tout vomit après avoir mangé ou tété au cours de cette maladie?	OUI ..... 1 NON..... 2																	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A		
110	[NOM] dort-il (elle) trop au cours de cette maladie?	OUI ..... 1 NON..... 2			
111	[NOM] avait-il (elle) fait des selles liquides et très abondantes au cours de cette maladie ou a n'importe quel moment au cours des deux derniers jours?	OUI ..... 1 NON..... 2			
112	Pour quelle autre raison avez-vous amené [NOM] dans cette FOSA aujourd'hui?  INSISTEZ : QUOI D'AUTRE  ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE	PROBLEMES AUX OREILLES A AFFECTION DE LA PEAU B BLESSURE C PROBLEMES D'YEUX D AUTRES _____ X SPECIFIER  PAS D'AUTRE RAISON ..... Y			
113	[NOM] a-t-il(elle) déjà été(e) amené(e) dans cette FOSA avant cette maladie?  SI OUI, DEMANDEZ  Quand avez-vous amené [NOM] dans cette FOSA pour la dernière fois avant cette maladie?	AU COURANT DE LA SEMAINE EN COURS ..... 0 AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE ..... 1 AU COURS DES 2-4 SEMAINES PASSEES ..... 2 IL Y A PLUS DE 4 SEMAINES 3 NON ..... 4 NSP ..... 8			
114	Depuis combien de jours la maladie pour laquelle vous avez amené [NOM] aujourd'hui a commencé?  SI MOINS D'UN JOUR, METTEZ 00	NBRE JOUR <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> NSP ..... 8			
<b>1.3. INFORMATION FOURNIE A L'ACCOMPAGNATEUR DE L'ENFANT</b>					
115	Est-ce que le prestataire vous a dit de quelle maladie souffrait [NOM]?	OUI ..... 1 NON..... 2 NSP..... 8			
116	Ets-ce que le prestataire vous a dit ce que vous feriez si [NOM] ne guerit pas ou son etat s'aggrave?	RETOURNER A LA STRUCTURE 01 ALLER A UNE AUTRE STRUCTUI02 ALLER CHEZ UN AUTRE PRESTA TAIRE OU PHARMACIEN .....03 ALLER CHEZ LE GUERRISSEUR TRADITIONNEL .....04 RIEN, ATTENDRE SEULEMENT . 05 N'A RIEN DIT .....08 NE SAIT PAS 88			
117	Le prestataire vous a-t-il parlé au sujet de signes ou symptômes que vous pouvez voir et pour lesquels vous devez immédiatement ramener l'enfant ?  SI OUI, QUELS SONT LES SIGNES?  SI NECESSAIRE, INSISTEZ :  Y a-t-il de sérieux symptômes ou signes de danger pour lesquels on vous a dit de ramener [NOM] immédiatement ?	FIEVRE..... A PROBLEMES RESPIRATOIRES.. B DEVIENT PLUS MALADE..... C SANG DANS LES SELLES..... D VOMISSEMENT..... E FAIBLE/NE MANGE PAS..... F FAIBLE/NE BOIT PAS..... G CONVULSION H AUTRE _____ X (SPECIFIER) NON, AUCUN..... Y NE SAIT PAS..... Z			

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
118	Le prestataire vous a-t-il dit quelque chose sur quand ramener [NOM] de nouveau à la formation sanitaire pour le suivi ou raisons non-urgentes ?  SI OUI: Pourquoi devriez-vous revenir ?	PLUS DE MEDICAMENTS..... A SI SYMPTOMES PERSISTENT OU L'ETAT S'AGGRAVE..... B RENDEZ-VOUS DE SUIVI..... C SUPPLEMENTATION EN VIT A D RESULTATS DE LABORATOIRE E ENFANT HOSPITALISE..... F VACCINATION DE ROUTINE..... G AUTRE _____ X (SPECIFIER) NON..... Y NE SAIT PAS..... Z	
<b>1.4. TRAITEMENT ET APTITUDE DE L'ACCOMPAGNATEUR A SUIVRE LES INSTRUCTIONS</b>			
119	Le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit des médicaments pour [NOM] à prendre à la maison ?	OUI, A DONNE MEDICAMENTS... 1 OUI, A DONNE ORDONNANCE... 2 A DONNE MEDICAMENTS ET ORDONNANCE..... 3 NON..... 4	→ 124
120	DEMANDEZ À VOIR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE L'ACCOMPAGNATEUR A REÇUS ET TOUT CE QUI EST SIMPLEMENT PRESCRIT SUR LES ORDONNANCES ET NON ACQUIS.  ENCERCLEZ LA RÉPONSE DÉCRIVANT LES MÉDICAMENTS ET PRESCRIPTIONS QUE VOUS VOYEZ.	A LES MEDICAMENTS..... 1 A CERTAIN. MEDS, CERTAINES PRESCRIP. NON ACQUISES... 2 AUCUN MÉDICAMENT VU, DES PRESCRIP. SEULEMENT..... 3	
121	Est-ce que le prestataire dans la formation sanitaire vous a expliqué comment donner ces médicaments à [NOM] à la maison ?  SI CODE « 2 » OU « 8 » DITES À L'ACCOMPAGNATEUR DE RETOURNER VOIR LE PRESTATAIRE A LA FIN DE L'INTERVIEW	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
122	Est-ce que vous êtes sûr de la façon d'administrer ces médicaments ; en d'autres termes, <b>combien</b> vous allez donner à [NOM] de <b>chacun</b> de ces médicaments par jour ? SI CODE « 2 » OU « 8 » DITES À L'ACCOMPAGNATEUR DE RETOURNER VOIR LE PRESTATAIRE A LA FIN DE L'INTERVIEW	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
123	Est-ce qu'une dose de l'un de ces médicaments a déjà été donnée à [NOM] ici même au service ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
124	Est-ce que [NOM] a reçu une injection aujourd'hui, ici même, pour traiter la maladie ? SI NON, VERIFIEZ LES PRESCRIPTIONS ET ENREGISTREZ S'IL Y A UNE PRESCRIPTION POUR UNE INJECTION.	OUI, RECU INJECTION..... 1 OUI, RECU PRESCRIPTION POUR INJECTION..... 2 NON..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	
125	Est-ce que quelqu'un de la formation sanitaire a pesé [NOM] aujourd'hui ?	OUI..... 1 NON..... 2	
126	Est-ce que le prestataire vous a parlé aujourd'hui au sujet du poids de [NOM] et comment [NOM] se développe ?	OUI..... 1 NON..... 2	
127	Est-ce qu'un prestataire vous a interrogé aujourd'hui au sujet des types de nourritures et des quantités que vous donnez normalement à [NOM] quand il n'est pas malade ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE PEUT PAS SE RAPPELER.. 8	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A	
128	Qu'est-ce que le prestataire vous a dit à propos des aliments solides à donner à [NOM] pendant cette maladie ?	DONNER MOINS QUE D'HAB.... 1 DONNER MEME QUE D'HAB..... 2 DONNER PLUS QUE D'HAB..... 3 NE RIEN DONNER/ NE PAS ALIMENTER..... 4 N'A RIEN DIT..... 5 NE SE RAPPELLE PAS/NSP ..... 8		
129	Qu'est-ce que le prestataire vous a dit à propos des liquides (ou du lait maternel, si l'enfant est allaité) à donner à [NOM] pendant cette maladie ?	DONNER MOINS QUE D'HAB.... 1 DONNER MEME QUE D'HAB..... 2 DONNER PLUS QUE D'HAB..... 3 NE RIEN DONNER/ NE PAS ALIMENTER..... 4 N'A RIEN DIT..... 5 NE SE RAPPELLE PAS/NSP ..... 8		
130	Est-ce qu'un vaccin a été donné à [Nom] aujourd'hui?  SI OUI, DEMANDEZ A VOIR LA CARTE DE VACCINATION DE L'ENFANT. INDIQUEZ SI LA CARTE PROUVE QUE L'ENFANT A ÉTÉ VACCINÉ AUJOURD'HUI	OUI..... 1 RAPPORTE, PAS VU ..... 2 NON..... 3 NE SAIT PAS ..... 4		
<b>1.5. REFERENCE</b>				
131	Est-ce que le prestataire vous a dit d'amener [NOM] chez un autre prestataire ou au laboratoire dans cette FOSA pour faire un prelevement de sang pour des tests de laboratoire?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 134	
132	Avez-vous amener [NOM] chez l'autre prestataire ou au laboratoire?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 134	
133	Vous a -t-on donne le resultat du test qui a ete fait?	OUI..... 1 NON..... 2		
134	Est-ce que le prestataire vous a dit d'aller à une autre formation sanitaire, chez un autre prestataire, pour un test de laboratoire ou pour davantage de soins pour votre enfant ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 136	
135		OUI	NON	NSP
01	Est-ce qu'on vous a donné un document ou une note pour cette référence ?	1	2	8
02	Est-ce qu'on vous a dit où aller pour la référence ?	1	2	8
03	Est-ce qu'on vous a dit qui voir pour la référence ?	1	2	8
04	Est-ce qu'on vous a dit pourquoi vous a-t-on référé?	1	2	8
136	Avez-vous amené [Nom] chez un autre agent de santé, un guérisseur traditionnel ou une autre personne avant de venir ici ?  SI OUI, DEMANDEZ  A qui et où l'avez-vous amené?  ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST CITE.	OUI, AUTRE PRESTATAIRE DANS CETTE STRUCTURE ..... A OUI, AUTRE PRESTATAIRE DANS UNE AUTRE STRUCTURE..... B OUI, GUERISSEUR TRADITIO..... C OUI, EGLISE/PASTEUR ..... D  NON..... Y		

## 2. Satisfaction de l'accompagnateur de l'enfant

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A																																																																	
<p>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 soins pour enfant malade.</p>																																																																				
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.</p> <p>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;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>A VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT 000 NSP . . . . . 998</p>																																																																		
202	<p>Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les patients 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 <u>grand</u> problème ou un <u>petit</u> problème pour vous.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th colspan="4" style="text-align: center;">PAS DE PROB- LEME NSP</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">GRAND</th> <th style="text-align: center;">PETIT</th> <th style="text-align: center;">LEME</th> <th style="text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01 Le temps d'attente</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>02 La capacité de discuter des problèmes ou des préoccupations concernant la maladie de [Nom] avec le prestataire</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>03 Les explications que vous avez reçues sur la maladie ou traitement.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>04 L'intimité par rapport à d'autres qui voient [Nom] en train d'être examiné.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>05 L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation de [Nom].</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>06 La disponibilité des médicaments dans la structure</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>07 Les heures de service dans cette structure</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>08 Le nombre de jours de services mis à votre disposition .</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>09 La propreté de la structure</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>10 Comment le personnel vous a traité</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>11 Le coût des services ou du traitement</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		PAS DE PROB- LEME NSP					GRAND	PETIT	LEME	NSP	01 Le temps d'attente	1	2	3	8	02 La capacité de discuter des problèmes ou des préoccupations concernant la maladie de [Nom] avec le prestataire	1	2	3	8	03 Les explications que vous avez reçues sur la maladie ou traitement.	1	2	3	8	04 L'intimité par rapport à d'autres qui voient [Nom] en train d'être examiné.	1	2	3	8	05 L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation de [Nom].	1	2	3	8	06 La disponibilité des médicaments dans la structure	1	2	3	8	07 Les heures de service dans cette structure	1	2	3	8	08 Le nombre de jours de services mis à votre disposition .	1	2	3	8	09 La propreté de la structure	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	
	PAS DE PROB- LEME NSP																																																																			
	GRAND	PETIT	LEME	NSP																																																																
01 Le temps d'attente	1	2	3	8																																																																
02 La capacité de discuter des problèmes ou des préoccupations concernant la maladie de [Nom] avec le prestataire	1	2	3	8																																																																
03 Les explications que vous avez reçues sur la maladie ou traitement.	1	2	3	8																																																																
04 L'intimité par rapport à d'autres qui voient [Nom] en train d'être examiné.	1	2	3	8																																																																
05 L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation de [Nom].	1	2	3	8																																																																
06 La disponibilité des médicaments dans la structure	1	2	3	8																																																																
07 Les heures de service dans cette structure	1	2	3	8																																																																
08 Le nombre de jours de services mis à votre disposition .	1	2	3	8																																																																
09 La propreté de la structure	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	<p>Avez-vous une assurance ou un programme semblable, ou un arrangement institutionnel qui paie pour vous en partie ou en totalité des services que vous recevez dans cette structure ou tout autre structure?</p>	<p>OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP. . . . . 8</p>																																																																		
204	<p>Vous a-t-on facturé, ou avez-vous payé quelque chose pour les services reçus aujourd'hui ?</p>	<p>OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2</p>	<p>→ 206</p>																																																																	

205	Quel est le montant total que vous avez payé pour tous les services ou traitements que vous avez reçus dans cette structure aujourd'hui ?	SOMME TOTALE <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 la structure la 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 allé à la structure la plus proche de chez vous ? S'IL Y A PLUSIEURS RAISONS, SONDER POUR LA RAISON PRINCIPALE OU LA PLUS IMPORTANTE.	LES HEURES DE SERVICE PAS COMMODES ..... 01 MAUVAISE REPUTATION ..... 02 N'AIME PAS LE PERSONNEL... 03 PAS DE MEDICAMENTS ..... 04 PREFERE RESTER DANS L'ANONYMAT ..... 05 C'EST PLUS CHER ..... 06 A ETE REFERE/TRANSFERE... 07 AUTRE..... 96 NSP ..... 98	
208	En general, laquelle des assertions suivantes décrit le mieux votre opinion sur les services reçus ou fournis dans cette structure aujourd'hui.  LIRE TOUTES LES ASSERTIONS, CHOISIR UNE SEULE  01) JE SUIS <b>TRES</b> SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS ..... 1 02) JE SUIS <b>PLUS OU MOINS</b> SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS ..... 2 03) JE <b>NE SUIS PAS</b> SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS ..... 3		
209	Pourriez-vous recommander cette structure à un ami ou à un membre de votre famille?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	

### 3. Caractéristiques personnelles de l'accompagnateur

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
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.			
301	Quel est votre lien de parenté avec [NOM]?	MERE ..... 1 PERE ..... 2 FRERE/SŒUR..... 3 TANTE OU ONCLE..... 4 GRAND-MERE/PERE ..... 5 AUTRE ..... 6 (SPECIFIER)	
302	Quel était votre âge à votre dernier anniversaire?	AGE EN ANNEES ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NSP..... 98	
303	Avez-vous déjà fréquenté l'école (formelle)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 305
304	Quel est le plus haut niveau scolaire que vous avez atteint?  ADAPTER SELON LE SYSTEME DU PAYS	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE ..... 2 SUPERIEUR/UNIVERSITAIRE .. 3	→ 306
305	Savez-vous lire ou écrire?	OUI, LIRE ET ECRIRE ... 1 OUI, LIRE SEULEMENT ..... 2 NON ..... 3	
306	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px; height: 20px;" 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 !			
<b>Commentaires de l'enquêteur:</b>  <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>			