

INTERVIEW DE SORTIE DE CONSULTATION DE LA PERSONNE QUI S'OCCUPE DE L'ENFANT MALADE	
IDENTIFICATION DE LA FORMATION SANITAIRE	
Nom de la FOSA _____ Localisation de la FOSA _____ Code de la FOSA..... Type de la FOSA : (1= Hôpital de référence; 2= Hôpital de district; 3= Centre de santé; 4=Dispensaire; 6= Autre _____) Statut de la structure (1= Public; 2 = Agréé; 3 = Privé; 96 = Autre _____)	CODE FOSA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> TYPE FOSA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> STATUT FOSA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
INFORMATION AGENT DE SANTE/ENFANT MALADE	
Fonction de l'agent de santé: (1 = Médecin Spécialiste; 2 = Médecin Généraliste ; 3=Infirmier A1 ; 4=Infirmier A2 ; 5=Infirmier A3 ; 7 = Auxiliaire de Santé; 96=Autre _____) Sexe de l'agent de santé: (1= FÉMININ 2 = MASCULIN) Code de l'agent de santé Code de l'enfant malade	FONCTION AGENT DE SANTÉ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> SEXE DE L'AGENT DE SANTÉ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> CODE DE L'AGENT DE SANTÉ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> CODE DE L'ENFANT MALADE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
INFORMATION SUR L'INTERVIEW	
Date : _____ Nom de l'enquêteur _____ Heure de début de l'interview :	JOUR <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MOIS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> ANNÉE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (2 0 0 1) CODE ENQUETEUR <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> HEURE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MINUTES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

SECTION 1. Information sur la visite

N°	QUESTIONS	MODALITÉS ET CODES	PASSER A
100	<p>ENQUETEUR: PRESENTEZ-VOUS A LA PERSONNE QUI S'OCCUPE DE L'ENFANT</p> <p>Bonjour: En vue d'améliorer la qualité des soins offerts dans cette FOSA, nous aimerions connaître votre expérience ici. Toute information que vous fournissez restera strictement confidentielle. De même, votre participation ou refus de collaborer à cette interview, n'aura aucun effet négatif sur les futures prestations de services que vous aurez à recevoir dans cette structure de santé. Par ailleurs, vous pourrez également refuser de répondre à certaines questions ou mettre fin à cette interview dès que vous le souhaitez.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser à ce propos?</p> <p>SIGNATURE DE L'ENQUETEUR : _____ DATE: _____</p>		
100a	Puis-je commencer l'interview ?	<p>OUI/l'accompagnant accepte 1</p> <p>NON/l'accompagnant refuse 2</p>	→ FIN
101	Quel est le nom de l'enfant malade ?	NOM _____	
102	<p>En quel mois et en quelle année (NOM) est-il né ?</p> <p>Poussez vos investigations et estimer l'âge de l'enfant si la personne qui s'en occupe ne connaît pas la date de naissance exacte de celui-ci.</p>	<p>MOIS..... <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>NSP MOIS 98 → 102a</p> <p>ANNÉE..... <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>NSP ANNÉE 9998 → 102a</p>	
102a	<p>SI L'ACCOMPAGNATRICE NE CONNAIT PAS LA DATE DE NAISSANCE COMPLETE DE (NOM), INSISTER :</p> <p>Quel âge (NOM) a ?</p>	ÂGE EN MOIS <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
103	<p>Pouvez-vous me dire la raison pour laquelle vous avez amené (NOM) à cette structure aujourd'hui?</p> <p>A) (NOM) tousse ou a des difficultés pour respirer?</p> <p>B) (NOM) a une diarrhée?</p> <p>C) (NOM) a une fièvre/le corps chaud?</p>	<p>OUI NON</p> <p>TOUSSE /DIFFICULTÉ POUR RESPIRER 1 2</p> <p>DIARRHÉE. 1 2</p> <p>FIÈVRE/CORPS CHAUD... 1 2</p>	
104	<p>Pour quelle autre raison avez-vous amené (NOM) à cette structure?</p> <p>(ENTOURER TOUTES LES MODALITES CITÉES.)</p> <p>POUSSEZ VOS INVESTIGATIONS EN INSISTANT : Quoi d'autre?</p>	<p>PROBLÈMES DES YEUX..... A</p> <p>PLAIE SUR LA PEAU B</p> <p>BLÉSSURE..... C</p> <p>PAS D'AUTRE RAISOND</p> <p>AUTRE A PRECISER X</p>	
105	Avant que vous ne l'amenez à cette structure, pendant combien de temps (NOM) a-t-il souffert de cette maladie ?	NOMBRES DE JOURS <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
106	ENQUETEUR : vérifier 102 et 102a		
	ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1999	ENFANT NE AVANT JANVIER 1999	

	OU ÂGE DE MOINS DE 36 MOIS ↓	OU ÂGE DE 36 MOIS OU PLUS	→ 109
107	(NOM) est-il allaité actuellement?	OUI 1 NON 2	→ 109
108	Qu'est-ce que l'agent de santé a dit quant à la fréquence à laquelle on donne le sein à (NOM) durant la maladie? Est-ce qu'il a dit de lui donner moins que d'habitude, avec la même fréquence ou plus que d'habitude?	DONNE MOINS 1 DONNE MÊME QUANTITÉ 2 DONNE PLUS 3 DONNE RIEN A BOIRE 4 N'A RIEN DIT 5 NE SAIT PAS 8	
109	(NOM) est-il nourri avec d'autres aliments ou boissons?	OUI 1 NON 2	→ 112
110	Que-est que l'agent de santé a dit quant à la fréquence à laquelle on donne à (NOM) à boire, durant la maladie. Est-ce qu'il a dit de lui donner moins que d'habitude, avec la même fréquence ou plus que d'habitude?	DONNE MOINS 1 DONNE MÊME QUANTITÉ 2 DONNE PLUS 3 DONNE RIEN A BOIRE 4 N'A RIEN DIT 5 NE SAIT PAS 8	
111	Que-est que l'agent de santé a dit quant à la fréquence à laquelle on donne à (NOM) à manger, durant la maladie? Est-ce qu'il a dit de lui donner moins que d'habitude, avec la même fréquence ou plus que d'habitude?	DONNE MOINS 1 DONNE MÊME QUANTITÉ 2 DONNE PLUS 3 DONNE RIEN A MANGER 4 N'A RIEN DIT 5 NE SAIT PAS 8	
112	L'agent de santé vous a-t-il dit la maladie dont (NOM) souffrait ?	OUI 1 NON 2	
113	Est-ce que l'agent de santé a donné ou prescrit un médicament à (NOM)?	OUI 1 NON 2	→ 119
114	Avez-vous tous les médicaments maintenant?	OUI 1 NON, 2	
115	Puis-je voir les médicaments donnés ou prescrits ?	VU TOUS LES MEDICAMENTS 1 VU QUELQUES MEDICAMENTS ET QUELQUES ORDONNANCES 2 VU SEULEMENT LES ORDONNANCES 3	
116	Est-ce qu'un personnel de la structure de santé vous a expliqué comment donner ces médicaments à (NOM) à la maison ?	OUI 1 NON 2	
117	Est-ce qu'un personnel de la structure de santé vous a montré comment donner ces médicaments à (NOM) à la maison ?	OUI 1 NON 2	
118	Est-ce qu'un personnel de la structure de santé a donné une dose de ces médicaments à (NOM)?	OUI 1 NON 2	
119	(NOM) a-t-il été vacciné aujourd'hui ?	OUI 1 NON 2	
120	Est ce qu'un personnel de la structure de santé a pesé (NOM) aujourd'hui ?	OUI 1 NON 2	→ 122

121	Est ce qu'un personnel de la structure de santé a discuté le résultat de la pesée, si le poids de (NOM) est bon ou non?	OUI 1 NON 2	
122	Est-ce qu'un personnel de la structure de santé vous a donné des conseils concernant l'alimentation en générale de (NOM)?	OUI 1 NON 2	
123	ENQUETEUR: vérifier 102 et 102a. ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1999 OU AGE DE MOINS DE 36 MOIS ↓ ENFANT NE AVANT JANVIER 1999 OU AGE DE 36 MOIS OU PLUS		→201
124	Est-ce que vous avez le carnet de santé de (NOM) avec vous ?	OUI 1 NON 2	→201
125	ENQUETEUR : DEMANDER POLIMENT A VOIR LE CARNET VACCINATION DE DE L'ENFANT. INDIQUER SI UNE VACCINATION A ÉTÉ MENTIONNÉE DANS LE CARNET DE SANTÉ DE L'ENFANT.	OUI 1 NON 2	→201
126	ENQUETEUR : VERIFIER DANS LE CARNET DE VACCINATION ET NOTER SI L'ENFANT A RECU LES VACCINATIONS SUIVANTES. VERIFIER AUSSI LA DATE A LAQUELLE CHAQUE VACCINATION A ÉTÉ FAITE ET INSCRIRE CETTE DATE A LA COLONNE 2. SI AUCUNE DATE N'A ÉTÉ MENTIONNÉE DANS LE CARNET, INSCRIRE '98' POUR LE JOUR ET LE MOIS ET '9998' POUR L'ANNÉE.		
		L'ENFANT A RECU UN VACCIN	DATE
	POLIO-0	OUI 1 NON/AUCUNE INSCRIPTION 2	___/___/___ JOUR MOIS ANNEE
	BCG	OUI 1 NON/AUCUNE INSCRIPTION 2	___/___/___ JOUR MOIS ANNEE
	POLIO-1	OUI 1 NON/AUCUNE INSCRIPTION 2	___/___/___ JOUR MOIS ANNEE
	POLIO-2	OUI 1 NON/AUCUNE INSCRIPTION 2	___/___/___ JOUR MOIS ANNEE
	POLIO-3	OUI 1 NON/AUCUNE INSCRIPTION 2	___/___/___ JOUR MOIS ANNEE
	DTCoq-1	OUI 1 NON/AUCUNE INSCRIPTION 2	___/___/___ JOUR MOIS ANNEE
	DTCoq-2	OUI 1 NON/AUCUNE INSCRIPTION 2	___/___/___ JOUR MOIS ANNEE
	DTCoq-3	OUI 1 NON/AUCUNE INSCRIPTION 2	___/___/___ JOUR MOIS ANNEE

ROUGEOLE	OUI..... 1 NON/AUCUNE INSCRIPTION 2	___/___/___ JOUR MOIS ANNEE	
----------	---	--------------------------------	--

Section 2. Satisfaction du patient

N°	QUESTIONS	MODALITÉS ET CODES	PASSER A
201	Maintenant, permettez-moi de vous poser des questions concernant les soins que (NOM) a reçu aujourd'hui. Toutefois, pour nous permettre d'améliorer les services de soins de santé des enfants, j'aimerais recueillir votre véritable opinion sur les questions que nous allons aborder ensemble. Quand vous êtes arrivé ici, combien de temps avez-vous attendu avant qu'un personnel de la structure vienne consulter (NOM)?	NOMBRE DE MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> A ÉTÉ CONSULTÉ AUSSITÔT000 NE SAIT PAS 998	
202	A votre avis, l'agent de santé vous a-t-il consacré suffisamment de temps pour la consultation ?	OUI, ASSEZ DE TEMPS1 NON, PAS ASSEZ DE TEMPS.....2	
203	Est-ce que l'agent de santé vous a parlé de la nature de la maladie de l'enfant?	OUI1 NON2	
204	Aviez-vous des questions que vous auriez aimé discuter avec l'agent de santé au moment de la consultation?	OUI1 NON2	→207
205	Aviez-vous la possibilité de poser toutes vos questions, quelques unes seulement ou n'aviez-vous même pas la possibilité de poser une seule question au moment de la consultation?	OUI, TOUTES MES QUESTIONS ...1 OUI, QUELQUES UNES2 NON, AUCUNE3	→207
206	Est-ce que l'agent de santé a répondu à toutes vos questions, à certaines seulement ou n'a-t-il pas répondu du tout?	OUI, ENTIÈREMENT.....1 OUI, PARTIELLEMENT2 NON, AUCUNE RÉPONSE3 PAS SÛR.....4	
207	Êtes-vous membre d'une mutuelle de santé?	OUI1 NON2	
208	Au total, combien avez-vous payé pour les soins que vous avez reçu aujourd'hui? INCLURE TOUS LES FRAIS RELEVANT DE LA CONSULTATION, Y COMPRIS LES EXAMENS DU LABORATOIRE, LES MÉDICAMENTS ET TOUT AUTRE SERVICE QUE VOUS AVEZ RECU AUJOURD'HUI.	SOMME TOTALE (en FRW) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N'A RIEN PAYÉ00000 NE SAIT PAS99998	

209	Maintenant, je vais vous poser des questions concernant des problèmes que les patients rencontrent fréquemment dans les structures de santé. Pour chacun des problèmes que je vais vous citer, dites moi, à votre avis, s'il est très sérieux, s'il est mineur ou s'il n'existe pas du tout dans cette structure.						SER MIN INEX NSP
	A) Le temps d'attente pour voir l'agent de santé?	TEMPS ATTENTE	1	2	3	4	
	B) Disponibilité des médicaments ou autres fournitures?	DISP. MÉDIC/FOURN	1	2	3	4	
	C) Heures d'ouverture?	HEURES	1	2	3	4	
	D) Etat de propreté?	PROPRETE LOCAUX	1	2	3	4	
	E) Accueil disponibilité?	ACCUEIL	1	2	3	4	

SECTION 3. Caractéristiques individuelles du patient

No.	QUESTIONS	MODALITÉS ET CODES	PASSER A
301	Quel est votre lien de parenté avec {NOM}?	MÈRE.....1 PÈRE.....2 FRÈRE/SOEUR3 TANTE/ONCLE4 AUTRE (A PRECISER) 5	
302	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire?	ÂGE EN ANNÉES ... <input type="text"/>	
303	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI1 NON..... 2	→306
304	Quel est le niveau d'instruction le plus élevé que vous avez atteint : primaire, primaire réformé, post-primaire (CERAI/CERAR/ FAMILIALE), secondaire, supérieur?	PRIMAIRE.....1 PRIMAIRE REFORME2 POST-PRIMAIRE (CERAI/CERAR/FAMILIALE).....3 SECONDAIRE4 SUPÉRIEUR5 NE SAIT PAS8	
305	Quelle est la classe la plus élevée que vous avez achevé dans ce niveau?	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/>	

CODES POUR Q.303 ET Q.304

NIVEAU	PRIMAIRE (ANCIEN OU NOUVEAU SYSTEME 6ANS) CODE =1	PRIMAIRE REFORME (8ans) CODE =2	POST-PRIMAIRE (CERAR, CERAI, familiale) CODE= 3	SECONDAIRE CODE = 4	SUPERIEUR CODE = 5	NE SAIT PAS CODE = 8
CLASSE/ ANNEE ACHEVEE	CODE MOINS D'1AN 00 1ERE ANNEE 01 2EME ANNEE 02 3EME ANNEE 03 4EME ANNEE 04 5EME ANNEE 05 6EME ANNEE 06 NE SAIT PAS 98	CODE MOINS D'1AN 00 1ERE ANNEE 01 2EME ANNEE 02 3EME ANNEE 03 4EME ANNEE 04 5EME ANNEE 05 6EME ANNEE 06 7EME ANNEE 07 8EME ANNEE 08 NE SAIT PAS 98	CODE MOINS D'1 AN 00 1ERE ANNEE 01 2EME ANNEE 02 3EME ANNEE 03 7E FAMILIALE 01 8E FAMILIALE 02 9E FAMILIALE 03 NE SAIT PAS 98	CODE MOINS D'1 AN 00 1ERE ANNEE 01 2EME ANNEE 02 3EME ANNEE 03 4EME ANNEE 04 5EME ANNEE 05 6EME ANNEE 06 7EME ANNEE 07 NE SAIT PAS 98	CODE MOINS D'1AN 00 1ERE ANNEE 01 2EME ANNEE 02 3EME ANNEE 03 4EME ANNEE 04 5EME ANNEE 05 6E ANNEE ET + 06 NE SAIT PAS 98	

306	HEURE DE FIN D'INTERVIEW.	HEURE MINUTES	<table border="1"><tr><td data-bbox="1224 201 1276 254"></td><td data-bbox="1276 201 1328 254"></td></tr><tr><td data-bbox="1224 281 1276 333"></td><td data-bbox="1276 281 1328 333"></td></tr></table>				

307	OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR
-----	------------------------------------