|  |
| --- |
| QUESTIONNAIRE CABU-B WP2  VISIT EXIT INTERVIEW |

**Date de l’entretien :** I\_\_\_I\_\_\_I I\_\_\_I\_\_\_I\_\_\_I I\_\_\_I\_\_\_I\_\_\_I\_\_\_I

**Heure de début de l’entretien :** I\_\_\_I\_\_\_I : I\_\_\_I\_\_\_I

1. Select one : Cluster (village ou quartier où le dispensateur est localisé)
2. Geopoint – record GPS point
3. Select one : Type de pourvoyeur de soins visité
   1. Private clinic
   2. Public health centre
   3. Public health centre medicine dispensary without prior consultation
   4. Private pharmacy
   5. Informal store
4. Integer : numéro de dispensateur (numéro donné auparavant à chaque dispensateur de la grappe, pour pouvoir les identifier pendant l’analyse)
5. Select one : qualification du dispensateur dans la pharmacie privé?
   1. pharmacien
   2. assistantpharma
   3. infirmierA1
   4. infirmierA2
   5. infirmierA3
   6. sagefemme
   7. infirmier\_praticien
   8. relaiscommunautaire
   9. nonqualified
6. Age du patient (Mois/Ans) I\_\_\_I\_\_\_I ☐Mois ☐Ans
7. Sexe
   1. M
   2. F
8. Niveau d’éducation du patient
   1. Pas d’éducation formelle
   2. Primaire
   3. Secondaire
   4. Universitaire
9. Niveau d’éducation de l’accompagnant du malade s’il est mineur (<18 ans)
   1. Pas d’éducation formelle
   2. Primaire
   3. Secondaire
   4. Universitaire
10. Avez-vous consulter au centre de santé formelle mais acheter les médicaments en dehors du dépôt MEG de ce centre de santé ?
    1. Oui
    2. Non
11. Si oui, pourquoi ?
    1. Tous les médicaments prescrits étaient absents au dépôt MEG du centre de santé
    2. Certains médicaments prescrits étaient absents au dépôt MEG du centre de santé
    3. Je n’ai pas recherché d’abord les médicaments au dépôt MEG du centre de santé
    4. Autre, préciser …………………………………..
12. Select one : Quelle était la maladie ou la plainte pour laquelle vous avez fait cette visite?

|  |
| --- |
| * 1. oui, une épisode de maladie aïgue (potentiallement infectieux) ou des plaintes soudaines |
| * 1. oui, une maladie chronique |
| * 1. non, mais pour traiter un animal |
| * 1. non, pas associé à une maladie ou une plainte |

1. Si la réponse était «oui, une épisode de maladie aïgue (potentiallement infectieux) ou des plaintes soudaines », quels signes cliniques vous présentez?
   1. Fièvre
   2. Rhume
   3. Toux
   4. Maux de gorge
   5. Maux de ventre
   6. Maux de tête
   7. Courbatures (mal à tout le corps)
   8. Diarrhée
   9. Vomissement
   10. Constipation
   11. Fatigue
   12. Vertige
   13. Plaies sur tout le corps
   14. Plaie
   15. Brûlures mictionnelles (quand il pisse ça brûle)
   16. Brûlures au niveau de la poitrine et/ou dans la partie haute du ventre
   17. Autres, préciser ………………
2. Date : date of first symptom onset dd/mm/yyyy
3. Un test de diagnostic du paludisme a-t-il été effectué ?
   1. Oui, test de diagnostic rapide
   2. Oui, microscopie
   3. Non
   4. Ne sais pas
4. Si un test de diagnostic du paludisme a été effectué, Pouvez-vous Préciser le résultat ? (Mettre un saut si la réponse est non ou ne sais pas à la question précédente)
   1. Positif
   2. Négatif
   3. Indéterminé
   4. Ne sais pas
5. Avez vous fait d’autres examens de laboratoire ?
   1. Oui
   2. Non
   3. Ne sais pas
6. Si oui, spécifiez
7. Avez-vous eu un ou des diagnostics spécifiques pour votre maladie ?
   1. Oui
   2. Non
   3. Ne sais pas
8. Several options possible : Si oui, préciser (Mettre un saut si la réponse est non à la question précédente)
   1. Paludisme
   2. Rhume/Rhinite
   3. Pharyngite/Rhinopharyngite
   4. Angine
   5. Otite
   6. Bronchite
   7. Pneumonie
   8. Gastroentérite
   9. Fièvre Typhoïde/Salmonellose
   10. Dengue
   11. Infection urinaire
   12. Ulcère gastro duodénale (UGD)
   13. Sepsis/septicémie
   14. Autres, préciser :………
9. Pendant cette consultation/visite, avez-vous reçu une prescription (orale/non médicale/informelle) ?
   1. Oui
   2. Non
10. Pour chaque médicament acheté/reçu (NB : ne pas enregistrer paracétamol, ibuprofène, collyre pour les yeux, gouttes pour les oreilles), préciser : (Mettre une boucle permettant d’énumérer un par un les médicaments reçus)
    1. Nom de spécialité
    2. Nom générique
    3. Présentation (comprimé, sirop, suspension buvable, solution injectable, suppositoire, autre), Spécifier autre
    4. Dosage (exp : 500 mg, 5ml/250 mg , 500 mg/5ml etc…)
    5. Date de péremption
    6. prix pour la quantité reçu
    7. nombre d'unités pris par jour (p.ex. 4 pour deux prises par jour de deux comprimés à chaque prise)
    8. Durée du traitement (en nombre de jours)
    9. Photo de l’emballage/Plaquette/produit
11. Au cas où ces médicaments achetés feraient suite à une prescription d’agents de santé formels (CMA/CM/CSPS), les achats correspondent-ils à la prescription faite ?
    1. Oui
    2. Non
12. Si non, pourquoi ? (Mettre un saut si oui à la question précédente)
    1. Je n’avais pas suffisamment d’argent pour acheter tous les médicaments
    2. Ceux prescrits n’étaient pas disponibles et le vendeur m’a donné des équivalents
    3. L’acteur qui m’a vendu (donné) les médicaments m’a dit que ces médicaments-ci pouvaient résoudre mon problème
    4. Les médicaments prescrits étaient trop chers pour moi et le vendeur m’en a proposé d’autres à meilleur prix
    5. J’ai plus confiance à l’efficacité des médicaments du vendeur que ceux prescrits au CMA/CM/CSPS
13. Select one : cet/ces antibiotique(s) était/étaient le premier pris pendant cette épisode de maladie?
    1. Oui
    2. Non
    3. Ne sais pas
14. Si un antibiotique était donnée sans épisode de maladie à traiter, quelle était la raison de l'usage "préventif" de l'antibiotique?

|  |
| --- |
| * 1. des plaintes mineurs: maux de gorge, chatouillement, etc. |
| * 1. application de l'antibiotique sur des plaies |
| * 1. prophylaxie contre des infections (p.ex. co-trimoxazole chez patients VIH) sur avis médical (prescription) |
| * 1. pharmacie personelle (stock à la maison) |
| * 1. usage régulière, par exemple une fois par mois |

1. Si un antibiotique était donnée sans épisode de maladie à traiter, spécifiez la fréquence, le choix et la posologie de (s) antibiotique(s) pris

Vous êtes à la fin du questionnaire.   
N'oubliez pas de REMERCIER le ou les répondant(s) pour leur collaboration.