**QUESTIONNAIRE MERE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date : | Equipe n°: | Grappe n°: |
| Ménage n°: | Mère n° : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Caractéristiques sociodémographiques** | |
| Statut de la femme interrogée par rapport à l’enfant : | 🞏 mère  🞏 grand-mère / tante  🞏 Autre |
| La femme se déclare-t-elle alphabétisée ? | 🞏 oui  🞏non |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grossesse et accouchement** | | Nombre de fois |
| Est-ce que la mère de l’enfant a consulté quelqu’un pour sa santé pendant sa dernière grossesse ?  Si oui, qui a-t-elle consulté ?  NB : Interroger sur le type de personne consultée et cocher toutes les réponses données.  Demandez : « Personne d’autre? » | 🞏 Professionnel de santé (médecin, infirmière/sage-femme, accoucheuse auxiliaire)  🞏 Autre personne (accoucheuse traditionnelle, agent de santé communautaire, parent/ami, devin/guérisseur)  🞏 Autre  🞏 Aucun | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Lors de son dernier accouchement, où a accouché la mère ? | 🞏 A domicile  🞏 Au CSB  🞏 A l’hôpital | |
| Que faites-vous quand un de vos enfants est malade | 🞏 CSB ou hôpital  🞏 CSB + traitement traditionnel  🞏 Traitement traditionnel  🞏 Rien | |
| **CONTRACEPTION** | | |
| A quel âge la mère de l’enfant a-t-elle eu son premier enfant ? | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| ans  🞏 NSP | |
| Est-ce que la mère de l’enfant utilise une méthode contraceptive ? | 🞏 Oui  🞏 Non  🞏 Ne sais pas | |
| **BIEN ETRE** | | |
| Comment ressentez-vous la charge des problèmes au quotidien ?  Montrer l’image correspondante. | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| | |



**0-------------2--------------4----------------6---------------8------------10**