

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

BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice
 Ministère de l'économie et du développement
 Institut National de la Statistique et de la
 Démographie (INSD)



Noircir les bulles ainsi: ●
 Et non: ☒ ☑

Q U I B B

Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien-être

Loi n°040/96/ADP du 8 Novembre 1996 portant obligation de reponse et secret statistique

Enquête Annuelle sur les Conditions de Vie des Ménages (EA / QUI BB 2006)

A - INFORMATIONS SUR LE QUESTIONNAIRE

Q.1 NOM ET PRENOMS DE L'ENQUÊTEUR	
Q.2 NOM ET PRENOMS DU CHEF DE MÉNAGE	
Q.3 NOM DE LA REGION	
Q.4 NOM DU VILLAGE / SECTEUR	

A.1 ZD	A.2 MÉNAGE	A.3 ENQUÊTEUR	A.4 DATE	A.5 HEURE	A.6 ENQUÊTÉ	A.7 ORDRE
			Jour Mois Année	Heure Minute	N° de membre	N° de Quest.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IMPORTANT

Créez un numéro de référence en combinant les numéros de ZD, de ménage et de questionnaire.
 Ecrivez ce numéro MAINTENANT en haut de toutes les pages dans la case Numéro de référence.

Commentaires

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

D - SANTÉ

NUMÉRO DE MEMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<p>D.1 Est-ce que [NOM] a été malade ou blessé durant les 15 derniers jours?</p> <p>Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/></p>										SI NON, ALLEZ À D4.
	<p>D.2 De quel genre de maladie/blessure [NOM] a-t-il/elle souffert?</p> <p>Fièvre/Paludisme <input type="radio"/></p> <p>Diarrhée <input type="radio"/></p> <p>Accident <input type="radio"/></p> <p>Problème dentaire <input type="radio"/></p> <p>Problème de peau <input type="radio"/></p> <p>Problème d'œil <input type="radio"/></p> <p>Maux de ventre <input type="radio"/></p> <p>Toux <input type="radio"/></p> <p>Problème d'oreille/nez/gorge <input type="radio"/></p> <p>Autre <input type="radio"/></p>										VOUS POUVEZ ENREGISTRER PLUS D'UNE RÉPONSE.
	<p>D.3 Combien de jours [NOM] a-t-il/elle manqué le travail/école du fait de la maladie/blessure au cours des 15 derniers jours?</p> <p>Aucun <input type="radio"/></p> <p>1 à 6 jours <input type="radio"/></p> <p>6 à 13 jours <input type="radio"/></p>										
	<p>D.4 Est-ce que [NOM] a consulté un service/du personnel de santé ou un guérisseur traditionnel pour une raison quelconque au cours des 15 derniers jours?</p> <p>Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/></p>										SI NON, ALLEZ À D8.
	<p>D.5 Quel genre de service/de personnel de santé [NOM] a-t-il/elle consulté?</p> <p>Guéris.trad./Marabout <input type="radio"/></p> <p>Médecin/Pharm. privés <input type="radio"/></p> <p>Sage-fe/magne/infirm indiv <input type="radio"/></p> <p>Centre hospitalier national <input type="radio"/></p> <p>Centre hospitalier régional <input type="radio"/></p> <p>CMA/CM <input type="radio"/></p> <p>CSPS <input type="radio"/></p> <p>Cabinet Privé/ONG <input type="radio"/></p> <p>Matronne traditionnelle <input type="radio"/></p> <p>Autre <input type="radio"/></p>										
	<p>D.6 Combien de fois [NOM] a-t-il/elle eu recours à ce service/personnel au cours des 15 derniers jours?</p> <p>1 à 3 fois <input type="radio"/></p> <p>4 à 6 fois <input type="radio"/></p> <p>Plus de 6 fois <input type="radio"/></p>										
	<p>D.7 Est-ce que [NOM] a eu des problèmes au moment de sa visite?</p> <p>Aucun problème (satisfait) <input type="radio"/></p> <p>Établissement pas propre <input type="radio"/></p> <p>Temps d'attente trop long <input type="radio"/></p> <p>Pas de personnel formé <input type="radio"/></p> <p>Trop cher <input type="radio"/></p> <p>Pas de médicaments <input type="radio"/></p> <p>Personnel non disponible <input type="radio"/></p> <p>Traitement inefficace <input type="radio"/></p> <p>Mauv accueil du personnel <input type="radio"/></p> <p>Autre <input type="radio"/></p>										VOUS POUVEZ ENREGISTRER PLUS D'UNE RÉPONSE. PASSEZ À LA PERSONNE SUIVANTE
	<p>D.8 Pourquoi [NOM] n'a-t-il/elle pas utilisé de service médical au cours des 15 derniers jours?</p> <p>Automédication <input type="radio"/></p> <p>Pas nécessaire <input type="radio"/></p> <p>Trop cher <input type="radio"/></p> <p>Trop éloigné <input type="radio"/></p> <p>Autre <input type="radio"/></p>										VOUS POUVEZ ENREGISTRER PLUS D'UNE RÉPONSE.