1. Information About Visit - FAMILY PLANNING

ENGLISH

NO.	QUESTIONS	CODING CLASSIFICATION	SKIP
`01	Facility Number	☐☐	
`02	Client Number	☐☐	
102	Before coming to this facility today, were you taking any steps or using any methods to prevent a pregnancy	YES . 1 NO . 0	104
103	Have you used a family planning method or taken any steps to prevent pregnancy at any time during the past 6 months?	YES . 1 NO . 0	111
104	What method were you (last) using? PROBE If condoms are used in combination with another method, circle both methods.	COMBINED ORAL PILL. . . . . A PROGESTIN-ONLY PILL. . . . . B PILL (TYPE UNSPECIFIED). . . . . C COMBINED INJECTABLE (MONTHLY). . . . . D PROGESTIN-ONLY INJ. (2 TO 3-MONTHLY). . . . E MALE CONDOM. . . . . F FEMALE CONDOM. . . . . G IUD. . . . . H IMPLANT. . . . . I EMERGENCY CONTRACEPTION. . . . . J CYCLE BEADS FOR STANDARD DAYS METHOD (SDM). . . . . K NATURAL METHODS (PERIODIC ABSTINENCE). . . . . L MALE STERILIZATION (VASECTOMY). . . . . M FEMALE STERILIZATION (TUBAL LIGATION). . . . N LACTATIONAL AMENORRHEA. . . . . O OTHER_____ X	
105	Did a provider ask you today whether you were having (or had had) a problem with the method?	YES, ASKED. . . . . 1 NO, DID NOT ASK . 0	
106	Have you been having (did you have) any problems with the method?	YES . 1 NO . 0	109
107	Did you mention the problem to the provider during	YES . 1	

	the consultation?	NO . 0	
108	Did the provider suggest any action(s) you should take to resolve the problem?	YES . 1 NO . 0	
109	What was the outcome of this visit—did you decide to continue (restart) the same method or to switch methods?	CONTINUE WITH OR RESTART SAME METHOD. . . . . 1 SWITCH METHOD. . . . . 2 STOP USING METHOD (DUE TO PROBLEMS). . . . . 3 STOP USING METHOD (ELECTIVE-NO PROBLEMS). . . . 4	201
110	Had you thought about switching methods, and which method to switch to, before you came here today?	YES . 1 NO . 0	112 114
111	Had you thought about what family planning method you wanted to use before you came here today?	YES . 1 NO . 0	114
112	What method was that? IF CLIENT MENTIONS CONDOMS ALONG WITH ANOTHER METHOD, CIRCLE BOTH METHODS.	COMBINED ORAL PILL. . . . . A PROGESTIN-ONLY PILL. . . . . B PILL (TYPE UNSPECIFIED). . . . . C COMBINED INJECTABLE (MONTHLY). . . . . D PROGESTIN-ONLY INJ. (2 TO 3-MONTHLY). . . . E MALE CONDOM. . . . . F FEMALE CONDOM. . . . . G IUCD. . . . . H IMPLANT. . . . . I EMERGENCY CONTRACEPTION. . . . . J CYCLE BEADS FOR STANDARD DAYS METHOD (SDM). . . . . K NATURAL METHODS (PERIODIC ABSTINENCE). . . . . L MALE STERILIZATION (VASECTOMY). . . . . M FEMALE STERILIZATION (TUBAL LIGATION). . . . N LACTATIONAL AMENORRHEA. . . . . O OTHER_____ X	
113	Did the provider talk to you about any of the method(s) you just mentioned?	YES . 1 NO . 2	
114	What (other) family planning methods did the provider talk with you about? CIRCLE ALL METHODS MENTIONED.	COMBINED ORAL PILL. . . . . A PROGESTIN-ONLY PILL. . . . . B PILL (TYPE UNSPECIFIED). . . . . C COMBINED INJECTABLE (MONTHLY). . . . . D PROGESTIN-ONLY INJ. (2 TO 3-MONTHLY). . . . E MALE CONDOM. . . . . F	

		FEMALE CONDOM. . . . . G IUCD. . . . . H IMPLANT. . . . . I EMERGENCY CONTRACEPTION. . . . . J CYCLE BEADS FOR STANDARD DAYS METHOD (SDM). . . . . K NATURAL METHODS (PERIODIC ABSTINENCE). . . . . L MALE STERILIZATION (VASECTOMY). . . . . M FEMALE STERILIZATION (TUBAL LIGATION). . . . N LACTATIONAL AMENORRHEA. . . . . O OTHER_____ X NO METHOD . Y	

			PRES	REC
115	What family planning method did you either receive or get a prescription or referral for?	COMBINED ORAL PILL.	A	A
		PROGESTIN-ONLY PILL.	B	B
		PILL (TYPE UNSPECIFIED).	C	C
		COMBINED INJECTABLE (MONTHLY).	D	D
		PROGESTIN-ONLY INJ. (2 TO 3-MONTHLY). . . .	E	E
		MALE CONDOM.	F	F
		FEMALE CONDOM.	G	G
		IUCD.	H	H
		IMPLANT.	I	I
		EMERGENCY CONTRACEPTION.	J	J
		CYCLE BEADS FOR STANDARD DAYS METHOD (SDM).	K	K
		NATURAL METHODS (PERIODIC ABSTINENCE).	L	L
		MALE STERILIZATION (VASECTOMY).	M	M
		FEMALE STERILIZATION (TUBAL LIGATION). . . .	N	N
		LACTATIONAL AMENORRHEA.	O	O
		OTHER_____	X	X
		NO METHOD.	Y	Y
		(if no method, skip to Q201)		
			201	

		YES	NO	DK
116	During your consultation today, did the provider			
01	Ask about whether you would like to have a/another child?	1	2	8
02	Ask about when you would like to have a/another child?	1	2	8
03	Ask about your previous family planning experience?	1	2	8

04	Ask about your family planning method preference?		1	2	8
05	Provide information about different family planning methods?		1	2	8
06	Talk about possible side effects or problems with the method you selected?		1	2	8
07	Tell you what to do if you experience any side effects or problems with the method you selected?		1	2	8
08	Talk about warning signs associated with the method you selected?		1	2	8
09	Talk about the possibility of switching to another method if the method you selected was not suitable?		1	2	8
10	Provide information while strongly encouraging one method?		1	2	8
11	Talk about the methods that protect against HIV/AIDS and STIs?		1	2	8
12	Talk about how to use the method you selected?		1	2	8
13	Talk about how the method you selected works?		1	2	8
14	Tell you when to return to the health facility for a follow-up visit?		1	2	8
15	Tell you about other sources of family planning supply?		1	2	8
16	Give you an appointment card for follow-up visit?		1	2	8
17	When meeting with the provider during your visit, do you think other clients could see you?	CONSULT…….	1	2	8
18	When meeting with the provider during your visit, do you think other clients could hear what you said?	CONSULT…….	1	2	8
19	During your visit, would you say that you were treated well by the provider?		1	2	8
20	Did the provider allow you to ask questions?		1	2	8

21	Did the provider answer all of your questions to your satisfaction?		1	2	8
22	Do you believe that the information that you shared about yourself with the provider will be kept confidential?		1	2	8
23	Use a visual aid to explain how a method was used?		1	2	8
24	Fill out a client record or form with details of the consultation?		1	2	8
25	Ask if you needed any help negotiating contraceptive use with your partner?	USE W/ PARTNER	1	2	8

117	MARK BELOW THE METHOD THAT IS CIRCLED IN QUESTION 115. THEN, ASK THE CLIENT THE QUESTION RELATED TO THAT METHOD			
01	PILL (ANY PILL)	How often do you take the pill?	ONCE A DAY. . . . . 1 OTHER. . . . . 2 DON'T KNOW . 8	
02	CONDOM (MALE)	How many times can you use one condom?	ONCE . 1 OTHER. . . . . 2 DON'T KNOW . 8	
04	IUCD	What can you do to make sure that your IUCD is in place?	CHECK STRING . 1 OTHER. . . . . 2 DON'T KNOW . 8	
05	PROGESTIN INJECTA (e.g. DEPO-PROVERA 2-3 MONTHS)	How long does the injection provide protection from pregnancy?	2-3 MONTHS . 1 OTHER. . . . . 2 DON'T KNOW . 8	
06	MONTHLY INJECTABL	How long does the injection provide protection from pregnancy?	1 MONTH. . . . . 1 OTHER. . . . . 2 DON'T KNOW . 8	
07	IMPLANT	For how long will your implant provide protection against pregnancy?	3-5 YEARS . 1 OTHER. . . . . 2 DON'T KNOW . 8	
08	NATURAL METHOD (PERIODIC ABSTINENCE)	How do you recognize the days on which you should not have sexual intercourse?	BODY TEMPERATURE RISES A MUCUS IN VAGINA . B DAYS 12-16 OF THE MENSTRUAL CYCLE. . . . . C WHITE BEAD' DAYS/DAYS 8-19 OF MENSTRUAL CYCLE. . . . . D OTHER . . . . . X DON'T KNOW . Z	
09	VASECTOMY	How long must you wait before you can rely on your vasectomy to protect against pregnancy?	IMMEDIATE PROTECTION. . . . . 1 1 - 3 MONTHS. . . . . 2 ONLY AFTER 3 MONTHS OR AFTER 30 EJACULATIONS. . . . . 3 DON'T KNOW. 8	
10	TUBAL LIGATION	How long must you wait before you can rely on	IMMEDIATE PROTECTION. . . . . 1 1 - 3 MONTHS. 2	

		your tubal ligation to protect against pregnancy?	ONLY AFTER 3 MONTHS. . . . . 3 DON'T KNOW. 8	
11	LAM	Can you use this method if your menstrual period has returned?	YES . 1 NO . 2 DON'T KNOW . 8	
118	Does your method protect against Sexually Transmitted Infections (STIs), including HIV/AIDS?		YES . 1 NO . 2 DON'T KNOW . 8	201

1. Informations sur la visite - PLANIFICATION FAMILIALE

FRENCH

NO.	QUESTIONS	CODES	SAUT
`01	Code de la structure	☐☐	
`02	Numéro de Client:	☐☐	
102	Faites-vous quelque chose pour éviter une grossesse avant que vous ne veniez ici aujourd'hui ?	OUI . 1 NON . 0	104
103	Avez-vous utilisé une méthode de planification familiale ou avez-vous pris des mesures pour empêcher une grossesse à tout moment durant les 6 derniers mois ?	OUI . 1 NON . 0	111
104	Quelle est la (dernière) méthode que vous utilisiez ? SI DES CONDOMS ÉTAIENT UTILISES EN COMBINAISON AVEC UNE AUTRE METHODES ENCERCLEZ LES DEUX MÉTHODE,	PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEUL..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIE)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I PILULE CONTRACEPTIVES D'URGENCE..... J METHODE NATURELLE (COLLIER DU CYCLE OU METHODE DES JOURS FIXES)..... K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE) ..... L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) ..... M STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES). . . . . .N ALLAITEMENT (MAMA) . . . . . .O AUTRE_____ X (SPECIFIER)	
105	Le prestataire vous a-t-il demandé aujourd'hui si vous a (ou avez eu) un problème avec la méthode ?	OUI . 1 NON . . 0	
106	Aviez-vous eu (avez-vous eu) un problème avec la méthode ?	OUI . 1 NON . 0	109
107	Aviez-vous fait mention de ce problème au prestataire	OUI . 1	

	pendant la consultation?	NON . 0	
108	Le prestataire vous a-t-il suggéré des actions que vous devriez entreprendre pour résoudre le problème ?	OUI . 1 NON . 0	
109	Quels étaient les résultats de cette visite -- avez-vous décidé de continuer (recommencer) la même méthode ou de changer de méthode ?	CONTINUER AVEC OU RECOMMEN. MEME. METH. . . . 1 CHANGER DE METHODE..... 2 ARRETER UTILISATION (EN RAISON DE PROBLEMES).. 3 ARRETER UTILISATION (PERSONNEL-PAS DE PROB.).. 4	201
110	Avez-vous pensé de changer de méthodes, avant de venir ici aujourd'hui ?	OUI . 1 NON . 0	112 114
111	Avez-vous pensé à la méthode de planification familiale que vous alliez utiliser avant que vous ne veniez ici aujourd'hui ?	OUI . 1 NON . 0	114
112	Quelle était cette méthode? SI LA CLIENTE MENTIONNE LES CONDOM EN COMBINAISON AVEC UNE AUTRE MÉTHODE, ENCERCLEZ LES DEUX MÉTHODES.	PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEUL..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIE)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I PILULE DU LENDEMAIN ..... J COLLIER DU CYCLE (METHODE DES JOURS FIXES)..... K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE) ..... L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) ..... M STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES). . . . . N ALLAITEMENT (MAMA) . . . . . O AUTRE _____ X (SPECIFIER)	
113	Le prestataire vous a-t-il parlé des méthodes que vous venez de mentionner?	OUI . 1 NON . 2	
114	De quelles (autres) méthodes de planificatior familiale le prestataire vous a-t-il parlé? ENCERCLEZ TOUTES LES METHODES MENTIONNEES	PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEUL..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIE)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F	

		CONDOM FEMININ.....G DIU.....H IMPLANT..... I PILULE DU LENDEMAIN .....J COLLIER DU CYCLE (METHODE DES JOURS FIXES).....K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE) .....L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) ..... M STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES). . . . . .N ALLAITEMENT (MAMA) . . . . . .O AUTRE _____ X (SPECIFIER) NO METHOD . Y

			PRES	REC
115	Quelle méthode de planification familiale avez-vous reçue ou pour laquelle avez-vous obten une prescription ou une référence ?	PILULE COMBINEE.....A PILULE PROGEST. SEUL.....B PIL. (TYPE NON SPECIFIE).....C INJ. NORIGYNON (1M).....D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ.....G DIU.....H IMPLANT..... I PILULE DU LENDEMAIN .....J COLLIER DU CYCLE (METHODE DES JOURS FIXES).....K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE) .....L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) ..... M STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES). . . . . N ALLAITEMENT (MAMA) . . . . . .O AUTRE_____ X (SPECIFIER) PAS DE METHODE. . . . . Y (si, pas de method, sauter a Q201)	A B C D E F G H I J K L M N O X Y	A B C D E F G H I J K L M N O X Y

116	Durant cette visite aujourd'hui, le prestataire vous a-t-il	OUI	NON	NSP
01	Demander si vous voulez avoir un autre enfant?	1	2	8
02	Demander quand vous voulez avoir un autre enfant?	1	2	8
03	Demander à propos de votre expérience avec la planification familiale	1	2	8

04	Demander votre préférence en matière de méthode de planification familiale	1	2	8
05	Fournis des informations à propos des différentes méthodes de planification familiale	1	2	8
06	Parler des effets secondaires ou des problèmes reliés aux méthodes de planification familiale choisis	1	2	8
07	Dis quoi faire si vous avez des effets secondaires ou des problèmes avec la méthode que vous avez choisis?	1	2	8
08	Parler des signes d'alerte associés à la méthode que vous avez choisis ?	1	2	8
09	Parler de la possibilité de changer méthode si la méthode que vous avez choisis ne vous convenait pas ?	1	2	8
10	Fournis des informations tout en encourageant l'utilisation d'une autre méthode	1	2	8
11	Parler des méthodes qui te protègent contre VIH/SIDA et les ISTs ?	1	2	8
12	Parler de l'utilisation de la méthode choisie	1	2	8
13	Parler du fonctionnement de la méthode choisie	1	2	8
14	Dis quand retourner à la structure pour une visite de suivi ?	1	2	8
15	Parler d'autres sources d'approvisionnement en produits de planification familiale ?	1	2	8
16	Donner une carte de rendez-vous pour une visite de suivi	1	2	8
17	Lorsque vous rencontrez le prestataire lors de votre visite, pensez-vous que d'autres clients pourraient vous voir ?	1	2	8
18	Lors de votre entretien avec le prestataire pendant votre visite, pensez-vous que les autres clients pouvaient entendre ce que vous disiez ?	1	2	8
19	Pendant votre visite, diriez-vous que vous avez été bien traité(e) par le prestataire ?	1	2	8
20	Le prestataire vous a-t-il permis de poser des questions ?	1	2	8

21	Le prestataire a-t-il répondu à toutes vos questions de manière satisfaisante ?	1	2	8
22	Pensez-vous que les informations que vous avez partagées sur vous-même avec le prestataire resteront confidentielles ?	1	2	8
23	Utiliser un support visuel pour expliquer comment une méthode a été utilisée ? . .	1	2	8
24	Remplir un dossier ou un formulaire client avec les détails de la consultation ?	1	2	8
25	Demandez si vous avez eu besoin d'aide pour négocier l'utilisation de la contra(. . votre partenaire ? . .	1	2	8

117	MARQUEZ CI-DESSOUS LA MÉTHODE ENCERCLÉE A LA QUESTION 115. PUIS, POSEZ A LA CLIENTE LA QUESTION LIÉE À CETTE MÉTHODE.			
01	PILULE (N'IMPORTE LAQUELL	Combien de fois pouvez-vous prendre la pilule?	UNE FOIS PAR JOUR..... 1 AUTRE. . . . . 2 NSP. 8	
02	CONDOM (MASCULIN	Combien de fois pouvez-vous utiliser le même condom ?	UNE FOIS . . . . . 1 AUTRE. . . . . 2 NSP. 8	
04	DIU/STERILET	Que pouvez-vous faire pour vous assurer que votre DIU (Stérilet) est bien en place?	VERIFIER LE FIL 1 AUTRE 2 NSP 8	
05	PROGESTATIFS INJE (EX. DEPO-PROVERA SAYANA)	Quelle est la durée de protection de l'injection contre la grossesse ?	2-3 MOIS 1 AUTRE 2 NSP 8	
06	INJECTION MENSUEL (NORIGYNON)	Quelle est la durée de protection de l'injection contre la grossesse ?	1 MOIS. . . . . 1 AUTRE 2 NSP 8	
07	IMPLANT	Quelle est la durée de protection de votre implant contre la grossesse?	3-5 ANS 1 AUTRE 2 NSP 8	
08	METHODE NATURELL (RHYTHME/ ABSTINENCE PERIODIQUE COLIER DU CYCLE)	Comment reconnaissez-vous les jours où vous ne devriez pas avoir de rapports sexuels ?	ELEVATION DE LA TEMPERATURE CORPORELLE . . . . . A GLAIRE CERVICALE DANS LE VAGIN B JOURS 12–16 DU CYCLE MENST. C JOURS DES PERLES BLANCHES DU COLLIER/JOURS 8-19 DU CYCLE MENSTRUEL . . . . D AUTRE X NSP Z	
09	VASECTOMIE	Combien de temps devrez-vous attendre après la vasectomie pour etre sure que vous ne pouvez plus rendre une femme enceinte ?	PROTECTION IMMEDIATE . . . . . 1 1 - 3 MOIS. . . . . 2 SEULEMENT APRES 3 MOIS OU 30 EJACULATIONS. . . . . 3 NSP. 8	
10	L TROMPES	Combien de temps devrez-vous attendre après la	PROTECTION IMMEDIATE . . . . . 1 1 - 3 MOIS. 2	

		ligature des trompes pour etre sure que vous ne pouvez plus tomber enceinte?	SEULEMENT APRES 3 MOIS. . . . 3 . 8	
11	MAMA	Pouvez- vous utiliser cette methode si votre cycle menstruel reprend?	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP. 8	
118	La [Méthode] protège-t-elle contre des infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/SIDA ?		OUI . 1 NON . . . . . 2 NSP. 8	201

2. Client Satisfaction

ENGLISH

201	How long did you wait between the time you arrived at this facility and the time you were able to see a provider for the consultation? TRY TO DETERMINE THE TIME THE CLIENT ARRIVED AT THE FACILITY AND WHEN THE FACILITY OPENS FOR SERVICES. WE ARE INTERESTED IN THE WAITING TIME FROM THE TIME THE FACILITY OFFICIALLY OPENS.	MINUTES . ☐☐☐ SAW PROVIDER IMMEDIATELY . 000 DON'T KNOW . 998	

202 Now I am going to ask about some common problems clients have at health facilities. As I mention each one, please tell me whether any of these were problems for you today, and if so, whether they were **major** or **minor** problems for you.

		MAJOR	MINOR	NO PROB-LEM	DK
01	Time you waited to see a provider	1	2	3	8
02	Ability to discuss problems or concerns about your method	1	2	3	8
03	Amount of explanation you received about the problem or treatment	1	2	3	8
04	Privacy from having others see the examination	1	2	3	8
05	Privacy from having others hear your consultation discussion	1	2	3	8
06	Availability of medicines at this facility	1	2	3	8
07	The hours of service at this facility, i.e., when they open and close	1	2	3	8
08	The number of days services are available to you	1	2	3	8
09	The cleanliness of the facility	1	2	3	8
10	How the staff treated you	1	2	3	8
11	Cost for services or treatments	1	2	3	8

203	Are you a part of any prepayment plan (such as medical aid, insurance or a similar program) or institutional arrangement that pays for some or all of the services you receive at this or any other facility?	YES. . . . . 1 NO. . . . . 2 DON'T KNOW. 8	
204	Were you charged, or did you pay fees for any services your received or were provided today?	YES . 1 NO . 0	206
205	What is the total amount you paid for all services	TOTAL ☐☐☐☐☐☐	

	or treatments you received at this facility today?	AMOUNT _____ DON'T KNOW . 999998	
206	Is this the closest health facility to your home?	YES. . . . . 1 NO. . . . . 2 DON'T KNOW. 8	208 208
207	What was the main reason you did not go to the facility nearest to your home? IF CLIENT MENTIONS SEVERAL REASONS, PROBE FOR THE MOST IMPORTANT, OR MAIN REASON.	INCONVENIENT OPERATING HOURS . 01 BAD REPUTATION . 02 DON'T LIKE PERSONNEL . 03 NO MEDICINE . 04 PREFERS TO REMAIN ANONYMOUS . 05 IT IS MORE EXPENSIVE . 06 WAS REFERRED . 07 OTHER. . . . . 96 DON'T KNOW . 98	
208	In general, which of the following statements best describes your opinion of the services you either received or were provided at this facility today READ ALL STATEMENTS, CIRCLE ONLY ONE 01) I AM **VERY SATISFIED** WITH THE SERVICES I RECEIVED IN FACILITY . . . . . 1 02) I AM **MORE OR LESS SATISFIED** WITH THE SERVICES I RECEIVED. . . . . 2 03) I AM **NOT SATISFIED** WITH THE SERVICED I RECEIVED 3		
209	Will you recommend this health facility to a friend or family member?	YES . 1 NO . 2 DON'T KNOW . 8	
210	What is the principal reason for your visit to the health facility today?	Prenatal care 1 Delivery 2 Family planning 3 Postpartum/prenatal care 4 HIV/STI treatment 5 Vaccinations 6 Sick child visit 7 Illness (self) 8	
211	Did a provider ask you about your FP needs?	YES . 1 NO . 2 DON'T KNOW . 8	

2. Satisfaction de la cliente

FRENCH

201	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? ESSAYEZ DE DÉTERMINER LE TEMPS D'ARRIVÉE DE LA CLIENTE DANS LA STRUCTURE ET QUAND LA STRUCTURE OUVRE POUR LES SERVICES. NOUS SOMMES INTERESSES AU TEMPS D'ATTENTE DEPUIS L'HEURE D'OUVERTURE NORMALE DE LA STRUCTURE	MINUTES . ☐☐☐ A VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT . 000 NSP . 998	

202 Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les clientes 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 grand problème ou un petit problème pour vous.

		GRAND	PETIT	PAS DE PROB-LEME	NSP
01	Le temps d'attente	1	2	3	8
02	La capacité de discuter des problèmes ou des préoccupations concernant votre méthode de PF avec le prestataire?	1	2	3	8
03	Les explications que vous avez reçues sur les méthodes de planification familiale	1	2	3	8
04	L'intimité par rapport à d'autres qui vous voient en train d'être examinée.	1	2	3	8
05	L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation.	1	2	3	8
06	La disponibilité des médicaments ou des méthodes de planification familiale 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 consultation mis à votre disposition .	1	2	3	8
09	La propreté de la structure	1	2	3	8
10	La manière dont le personnel vous a traité	1	2	3	8
11	Le coût des services ou du traitement	1	2	3	8

203	Avez-vous une assurance ou un programme semblable, ou un arrangement institutionnel qui paye pour vous en partie ou la totalité des services que vous recevez dans cette structure ou tout autre structure?	OUI. . . . . 1 NON. . . . . 2 NSP. 8	
204	Vous a-t-on facturé, ou avez-vous payé quelque chose pour des services reçus aujourd'hui ?	OUI. . . . . 1 NON. 0	206
205	Quel est le montant total que vous avez payé	SOMME ☐☐☐☐☐☐	

	pour tous les services ou traitements que vous avez reçus dans cette structure aujourd'hui ?	TOTALE |___|___|___|___|___|___| NSP. 999998	
206	Est-ce que cette structure est 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 allée à la structure la plus proche de chez vous ? S'IL Y A PLUSIEURS RAISONS, SONDEZ POUR LA RAISON PRINCIPALE OU LA PLUS IMPORTANTE.	HEURES DE SERVICE PAS COMMODES. . . . . 01 MAUVAISE REPUTATION. . . . . 02 N'AIME PAS LE PERSONNEL. . . 03 PAS DE MEDICAMENTS. . . . . 04 PREFERE RESTER ANONYME. . . . . 05 C'EST PLUS CHER. . . . . 06 REFERENCE/TRANSFERT 07 AUTRE. . . . . 96 NSP. 98	
208	En général, 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 UN SEUL 01) JE SUIS **TRES** SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS . . . . . 1 02) JE SUIS **PLUS OU MOINS** SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS . . . . . 2 03) JE **NE SUIS PAS** 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	
#	Quelle est la raison principale pour laquelle voute etes venue au centre de sante aujourd'hui ?	Soins prénataux 1 Accouchement 2 Planification familiale 3 Soins post-partum/postnatals 4 Traitement du VIH/IST 5 Vaccinations 6 Visite de l'enfant malade 7 Maladie (auto) 8	
#	Un prestataire vous a-t-il demandé quels étaient vos besoins en matière de PF ?	OUI. . . . . 1 NON. . . . . 2 NSP. 8	

3. Client Personal Characteristics

ENGLISH

NO.	QUESTIONS	CODING CLASSIFICATION	GO TO
Now I am going to ask you some questions about yourself. I would like to have your honest responses as this information will help to improve services in general.			
302	How old were you at your last birthday?	AGE IN YEARS . ☐☐ DON'T KNOW. 98	
303	Have you ever attended school?	YES . 1 NO . 0	→ 305
304	What is the highest level of school you attended?	PRIMARY. . . . . 01 SECONDARY . . . . . 02 SUPERIOR/UNIVERSITY 03	
305	Do you know how to read or how to write?	YES, READ AND WRITE . 1 YES, READ ONLY . . . . . 2 NO . 3	

3. Caractéristiques personnelles de la cliente

FRENCH

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.			
302	Quel était votre âge à votre dernier anniversaire?	AGE EN ANNEES . . . . . ☐☐ NSP. 98	
303	Avez-vous déjà fréquenté l'école (formelle)?	OUI. . . . . 1 NON. 0	→ 305
304	Quel est le plus haut niveau d'instruction que vous avez atteint?	PRIMAIRE. . . . . .01 SECONDAIRE. . . . . 02 SUPERIEUR/UNIVERSITAIRE. .03	
305	Savez-vous lire ou écrire?	OUI, LIRE ET ECRIRE. . . . . 1 OUI, LIRE SEULEMENT. . . . . 2 NON. 3	