

## FICHE TECHNIQUE

### Questionnaire de suivi post-intervention






Déclaratif







Observation



## FICHE D'ENQUETE POST INTERVENTIONS REALISEES LORS DES CORDONS SANITAIRES

1- Informations générales (données à remplir avant la visite)		
Enquêteur :	Date :	
Commune :	<i>Coordonnées GPS</i>	
Section :	Longitude	Latitude
Localité :		
Date de la distribution de kit : ____/____/20	Kit distribué :	
Lieu de distribution du kit :	Précisez la quantité de :	
<input type="checkbox"/> Domicile	Aquatab : _____ pastilles	
<input type="checkbox"/> CTDA Nom : _____	Gif/Chlorox : _____ Bouteilles de _____ ml	
<input type="checkbox"/> PRO+/PRO Nom : _____	Savons : _____ unité	
<input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____	SRO : _____ sachets	
_____	Seau : _____ unité	
_____		
2- Personne interrogée		
Nom / Prénom :	Age :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Est-ce que vous étiez présent lors de la visite de l'équipe de réponse : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nombre de personne total vivant dans la maison : _____ personnes	
	Dont _____ enfants de moins de 5 ans	
Le foyer est-il celui :		
<input type="checkbox"/> D'un cas suspect de choléra		
<input type="checkbox"/> Du cordon sanitaire		
Lien avec le chef de ménage : _____		
3- Check list réponse		
<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 20px;">  </div> <div> <p>Est-ce que votre foyer a reçu la visite d'équipe de réponse choléra</p> <p>Est-ce que votre maison a été désinfectée</p> <p>Est-ce qu'on vous a distribué un produit de traitement de l'eau</p> <p>Est-ce qu'on vous a distribué des savons</p> <p>Est-ce qu'on vous a distribué des seaux</p> <p>Est-ce qu'on vous a distribué des SRO</p> <p>Est-ce qu'on vous a distribué des flyers</p> <p>Est-ce qu'on vous a distribué des médicaments</p> </div> <div style="margin-left: 20px;"> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas <input type="checkbox"/></p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas <input type="checkbox"/></p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas <input type="checkbox"/></p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas <input type="checkbox"/></p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas <input type="checkbox"/></p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas <input type="checkbox"/></p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas <input type="checkbox"/></p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		

4- Distribution et présence des produits	
 <p>Items reçus par le ménage au moment de la distribution</p> <p>Aquatab : _____ pastilles</p> <p>Gif/Chlorox : _____ Bouteilles de _____ ml</p> <p><input type="checkbox"/> Non présent lors de la distribution/ ne sait pas</p>	<p>Savons : _____ unité</p> <p>SRO : _____ sachets</p> <p>Seau avec robinet : _____ unité</p> <p>Seau sans robinet : _____ unité</p>
<p>Avez-vous ces articles à la maison ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si non, pourquoi ?</p> <p><input type="checkbox"/> Consommables entièrement utilisés (savon, aquatab, SRO)</p> <p><input type="checkbox"/> Seau endommagé</p> <p><input type="checkbox"/> Items revendus ou cédés (Préciser lesquels : _____)</p> <p>Avez-vous acheté/ racheté certains de ces produits ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, lesquels ? _____</p>	<p>Items présents lors de la visite* : </p> <p>Aquatab : _____ pastilles</p> <p>Gif/Chlorox : _____ Bouteilles de _____ ml</p> <p>Savons : _____ unité</p> <p>SRO : _____ sachets</p> <p>Seau : _____ unité</p> <p>Seau sans robinet : _____ unité</p> <p>*Quelle que soit l'origine (distribution, achat par les familles)</p>
5- Produits de traitement de l'eau	
<p>Où allez-vous chercher de l'eau ? (<i>plusieurs réponses possibles – ne pas citer</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Source non captée</p> <p><input type="checkbox"/> Source captée</p> <p><input type="checkbox"/> Puits non protégé</p> <p><input type="checkbox"/> Forage/puits protégé</p> <p><input type="checkbox"/> Réservoir</p> <p><input type="checkbox"/> Branchement privé</p> <p><input type="checkbox"/> Borne fontaine</p> <p><input type="checkbox"/> Eau osmosée</p> <p><input type="checkbox"/> Sachets</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	<p>Quelle eau traitez-vous ? (<i>plusieurs réponses possibles – ne pas citer</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Eau de boisson</p> <p><input type="checkbox"/> Eau pour se laver</p> <p><input type="checkbox"/> Eau de lessive</p> <p><input type="checkbox"/> Eau pour la cuisine</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune</p>
<p>Comment traitez-vous l'eau avant la distribution de kits ?</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun</p> <p><input type="checkbox"/> Filtre</p> <p><input type="checkbox"/> Bouillir</p> <p><input type="checkbox"/> Chlore (aquatab/ Chlorox)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :</p>	<p>Comment traitez-vous l'eau aujourd'hui ?</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun</p> <p><input type="checkbox"/> Filtre</p> <p><input type="checkbox"/> Bouillir</p> <p><input type="checkbox"/> Chlore (aquatab/ Chlorox)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :</p>
<p>Utilisez-vous le produit qui vous a été donné lors de la distribution ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, comment l'utilisez-vous ? (<i>demander au répondant d'expliquer</i>)</p> <p>Jugement de enquêteur :</p> <p><input type="checkbox"/> Bonne pratique / <input type="checkbox"/> mauvaise pratique</p>	<p>Si non, pourquoi ? (<i>ne pas citer</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'en ai plus</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'aime pas le gout/odeur</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas comment utiliser le produit</p> <p><input type="checkbox"/> Je pense que c'est inutile</p> <p><input type="checkbox"/> Je pense que c'est dangereux (pour ma santé)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>

 <p>Mesure du Chlore Résiduel dans le récipient contenant l'eau de boisson + de cuisine : (plusieurs mesures possibles)</p> <p>_____mg/l (boisson)</p> <p>_____mg/l (cuisine)</p>	<input type="checkbox"/> Pas d'eau disponible dans le ménage au passage de l'enquêteur
--	--

6- Stockage de l'eau de boisson	
<p>Comment est stockée l'eau de boisson aujourd'hui ? </p> <p> <input type="checkbox"/> Seau (distribué lors du cordon sanitaire)  <input type="checkbox"/> Seau (autre origine)  <input type="checkbox"/> Jerrycans/ gallons  <input type="checkbox"/> Canari/cruches  <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____         </p> <p>Comment était stockée l'eau de boisson avant ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Seau avec robinet  <input type="checkbox"/> Seau sans robinet  <input type="checkbox"/> Jerrycans/ gallons  <input type="checkbox"/> Canari/cruches  <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____         </p>	<p>Le récipient est-il : </p> <p> <input type="checkbox"/> Couvert oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Propre oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> </p> <p>Si un seau a été distribué mais qu'il n'est pas utilisé pour l'eau de boisson, pouvez-vous nous dire pourquoi : </p> <p> <input type="checkbox"/> Il est utilisé pour un autre usage  <input type="checkbox"/> Il a été revendu  <input type="checkbox"/> Il est cassé  <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____         </p>

7- Principaux messages : Lavage des mains, désinfection, pratiques d'hygiène	
<p>Vous a-t-on expliqué à quels moments clés de la journée vous laver les mains ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, à quel moment ? (ne pas citer)</p> <p> <input type="checkbox"/> Avant de manger  <input type="checkbox"/> Après avoir utilisé la latrine  <input type="checkbox"/> Après avoir nettoyé son enfant  <input type="checkbox"/> Avant de préparer la nourriture  <input type="checkbox"/> Avant d'allaiter  <input type="checkbox"/> Après tout contact avec une personne malade de diarrhée  <input type="checkbox"/> Ne sais pas  <input type="checkbox"/> Autres : .....         </p> <p>Avec quoi vous lavez-vous les mains ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Eau  <input type="checkbox"/> Eau et savon  <input type="checkbox"/> Eau chlorée (sans savon)  <input type="checkbox"/> Autre (préciser)         </p>	<p>OBSERVATIONS :  </p> <p>Existe-il un dispositif pour se laver les mains ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Y a-t-il du savon disponible pour se laver les mains ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Y a-t-il de l'eau disponible (à proximité) au moment du passage de l'enquêteur oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Quels sont les produits disponibles pour l'hygiène de la maison</p> <p> <input type="checkbox"/> Produits désinfectants  <input type="checkbox"/> Produits à base de chlore (grain, liquide...)  <input type="checkbox"/> Produit de nettoyage ou lavage  <input type="checkbox"/> Autre         </p> <p>Vous a-t-on expliqué les principes d'hygiène à respecter au moment de la préparation de vos repas ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, quoi ? (ne pas citer)</p> <p> <input type="checkbox"/> Laver les fruits et légumes  <input type="checkbox"/> Bien cuire les aliments  <input type="checkbox"/> Protéger les aliments contre les mouches  <input type="checkbox"/> Autre : _____         </p>

8- Partage des informations
-----------------------------

<p>Est-ce que vous avez directement participé à une sensibilisation (porte à porte, groupée) ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, combien de membre de votre famille (en plus de vous) ont participé ? _____</p> <p>Si non, avez-vous reçu quand même des informations sur le choléra ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Qui vous a informé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Membre de la famille</li> <li><input type="checkbox"/> Voisin</li> <li><input type="checkbox"/> Autre communautaire (église/ école...)</li> </ul> <p>Est-ce que vous avez l'habitude de partager les informations sur comment se protéger du choléra : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, à quelle fréquence ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au sein de votre famille ? Régulièrement <input type="checkbox"/> Quelques fois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/></li> <li>- Avec des voisins et amis ? Régulièrement <input type="checkbox"/> Quelques fois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/></li> <li>- Avec d'autres personnes ? Régulièrement <input type="checkbox"/> Quelques fois <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si autres personnes, qui ? _____</li> </ul> </li> </ul>	<p>Quelles sont les raisons qui vous motivent pour partager les informations ? <i>(ne pas citer)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pour protéger ma famille</li> <li><input type="checkbox"/> Participation communautaire (devoir civique)</li> <li><input type="checkbox"/> Autre</li> </ul> <p>Si non, pourquoi vous ne partagez pas les informations ? <i>(ne pas citer)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Je n'y pense pas</li> <li><input type="checkbox"/> Je ne pense pas ça important</li> <li><input type="checkbox"/> Je n'ai pas bien compris</li> <li><input type="checkbox"/> J'ai peur de me tromper</li> <li><input type="checkbox"/> Je n'y crois pas</li> <li><input type="checkbox"/> Autre</li> </ul> <p>Si oui, quels sont les éléments principaux que vous avez partagés ? <i>(Ne pas citer)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Lavage des mains</li> <li><input type="checkbox"/> Traitement de l'eau</li> <li><input type="checkbox"/> Défécation adéquate</li> <li><input type="checkbox"/> Symptômes et reflexes en cas de choléra</li> <li><input type="checkbox"/> Autre : citer _____</li> </ul>
--	---

## 9- Reflexes en cas de diarrhée

<p>Vous a-t-on expliqué les signes/symptômes du choléra ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Quels sont-ils ? <i>(Ne pas citer)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Diarrhée liquide</li> <li><input type="checkbox"/> Autre réponse</li> </ul> <p>Si quelqu'un dans votre entourage présentait ces signes, que feriez-vous ? <i>(ne pas citer)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Réhydratation immédiate</li> <li><input type="checkbox"/> Aller au CTDA</li> <li><input type="checkbox"/> Voir un guérisseur</li> <li><input type="checkbox"/> Rien</li> <li><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</li> <li><input type="checkbox"/> Autre réponse</li> </ul> <p>Quelle action prenez-vous pour protéger le foyer en cas de cas suspect ? <i>(ne pas citer)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Désinfection de la maison (toilettes)</li> <li><input type="checkbox"/> Renforcement des pratiques d'hygiène pré-citées</li> <li><input type="checkbox"/> Ne pas laver les vêtements n'importe où</li> <li><input type="checkbox"/> Autre</li> </ul>	<p>Qui pouvez-vous contacter si vous avez identifié un cas suspect <i>(ne pas citer)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Relais communautaire</li> <li><input type="checkbox"/> Autorité sanitaire</li> <li><input type="checkbox"/> Equipe ONG</li> <li><input type="checkbox"/> SEBAC</li> <li><input type="checkbox"/> Aucune personne</li> <li><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</li> <li><input type="checkbox"/> Autre</li> </ul> <p>Vous a-t-on expliqué comment utiliser le SRO ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, quels ont été les informations données ? <i>(ne pas citer)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dosage <b><i>(enquêteur : cocher si dosage ok)</i></b></li> <li><input type="checkbox"/> Prendre le SRO dès les premières diarrhées</li> <li><input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :</li> </ul> <p>Savez-vous préparer du serum lakay ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Comment ? <i>(ne pas citer)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Eau traitée, sucre, sel</li> <li><input type="checkbox"/> Autre/ mauvaise réponse</li> </ul> <p><small>* Bon dosage : 1 sachet pour 1 litre d'eau</small></p>
--	--

#### 10- Satisfaction et recommandations

<p>Etes-vous satisfait de la forme ou du type de Produits de traitement de l'eau distribué ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si non, pourquoi ?</p> <p>Quel produit auriez-vous préféré ?</p> <p>Etes-vous satisfait du type de savon distribué ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si non, pourquoi ?</p> <p>Quel produit auriez-vous préféré ?</p>	<p>Etes-vous satisfait des informations sur le choléra qui vous ont été données ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Y a t-il des questions non abordées sur le choléra sur lesquelles vous auriez aimé être informé ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, lesquelles ? <i>(Noter les 2 principales)</i></p> <p>Est-ce que les messages étaient clairs ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Lavage des mains : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></li><li>- Lavage des aliments oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></li><li>- Traitement de l'eau : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></li><li>- Funérailles : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></li><li>- Assainissement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></li></ul>
--	---