

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

(CONFIDENTIEL)

IDENTIFICATION				
DÉPARTEMENT : _____ SOUS-PRÉFECTURE/CIRCONS.URBAINE : _____ COMMUNE RURALE/URBAINE : _____ 1 URBAIN 2 RURAL VILLAGE/QUARTIER : _____ NUMÉRO DE GRAPPE NUMÉRO DE STRUCTURE NUMÉRO DU MÉNAGE..... NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
ENQUÊTE HOMME : 1 OUI 2 NON ENQUÊTE ANÉMIE : 1 OUI 2 NON				
VISITES D'ENQUÊTRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR MOIS ANNÉE 2 0 0 1 NOM RÉSULTAT
NOM DE L'ENQUÊTRICE				
RÉSULTAT*				
PROCHAINE VISITE : DATE				NBRE.TOTAL DE VISITES
HEURE				
*CODES RÉSULTATS: 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ 3 COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 4 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 5 DIFFÉRÉ 6 REFUSÉ 7 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 8 LOGEMENT DÉTRUIT 9 LOGEMENT NON TROUVÉ AUTRE _____ (PRÉCISER)				TOTAL DANS LE MÉNAGE TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES TOTAL DES HOMMES ÉLIGIBLES
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DU RÉPONDANT : _____				
QUESTIONNAIRE UTILISÉ : _____ FRANCAIS _____ LANGUE DE L'INTERVIEW : _____ INTERPRETE : OUI (1) NON (2) *** CODE LANGUES : 1 FRANCAIS, 2 ADJA, 3 BARIBA, 4 FON, 5 DENDI, 6 DITAMARI, 7 YORUBA, 8 AUTRE				
CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	NOM _____			
DATE _____	DATE _____			

TABLEAU DE MÉNAGE

Nous voudrions, maintenant, des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui vivent chez vous actuellement.

N ^o . LI- GNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE		RÉSIDENCE		ÂGE	ÉLIGIBILITÉ		
			(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	(NOM) vit-il/elle ici habituel- lement?	(NOM) a-t-il/elle dormi ici la nuit dernière ?	Quel âge a (NOM)?		ENTOU- RER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS	ENTOU- RER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS	ENTOU-RER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-64 ANS SI ENQUETE HOMME OUI
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(9A)	
			H F	OUI NON	OUI NON	EN ANNÉES				
01			1 2	1 2	1 2		01	01	01	
02			1 2	1 2	1 2		02	02	02	
03			1 2	1 2	1 2		03	03	03	
04			1 2	1 2	1 2		04	04	04	
05			1 2	1 2	1 2		05	05	05	
06			1 2	1 2	1 2		06	06	06	
07			1 2	1 2	1 2		07	07	07	
08			1 2	1 2	1 2		08	08	08	
09			1 2	1 2	1 2		09	09	09	
10			1 2	1 2	1 2		10	10	10	

* CODES POUR Q.3: LIENS DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE :

01 = CHEF DE MÉNAGE
02 = MARI OU FEMME
03 = FILS OU FILLE

05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE
06 = PÈRE OU MÈRE
07 = FRÈRE OU SŒUR

10 = AUTRES PARENTS
11 = ENFANT ADOPTÉ/EN GARDE
12 = SANS PARENTÉ

N° LI- GNE	SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS **				INSTRUCTION					
	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE Est-ce que la mère bio- logique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DE LA MÈRE	Est ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE Est-ce que le père bio- logique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DU PÈRE	SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS		SI ÂGÉ DE 5-24 ANS			
					(NOM) a-t-il/elle fré- quenté l'école?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint?*** Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau? *** SI NIVEAU = 8, LAISSER CLASSE EN BLANC	Durant l'année scolaire (2000-2001) qui s'est terminée en Juillet 2001, (NOM) a-t- il/elle fréquenté l'école à un certain moment ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM)?*** SI NIVEAU = 8, LAISSER CLASSE EN BLANC	Au cours de l'année scolaire précédente (1999- 2000) qui s'est achevée en Juillet 2000, (NOM) a-t- il/elle fréquenté l'école à un certain moment ?	Durant cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM)?*** SI NIVEAU = 8, LAISSER CLASSE EN BLANC
	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(17)	(18)	(19)	(20)
	OUI NON NSP		OUI NON NSP		OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	NIVEAU CLASSE
01	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. J SUIVANT.		1 2 ALLER J À 19		1 2 LIGNE. J SUIVANT.	
02	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. J SUIVANT.		1 2 ALLER J À 19		1 2 LIGNE. J SUIVANT.	
03	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. J SUIVANT.		1 2 ALLER J À 19		1 2 LIGNE. J SUIVANT.	
04	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. J SUIVANT.		1 2 ALLER J À 19		1 2 LIGNE. J SUIVANT.	
05	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. J SUIVANT.		1 2 ALLER J À 19		1 2 LIGNE. J SUIVANT.	
06	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. J SUIVANT.		1 2 ALLER J À 19		1 2 LIGNE. J SUIVANT.	
07	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. J SUIVANT.		1 2 ALLER J À 19		1 2 LIGNE. J SUIVANT.	
08	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. J SUIVANT.		1 2 ALLER J À 19		1 2 LIGNE. J SUIVANT.	
09	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. J SUIVANT.		1 2 ALLER J À 19		1 2 LIGNE. J SUIVANT.	
10	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. J SUIVANT.		1 2 ALLER J À 19		1 2 LIGNE. J SUIVANT.	

** Q.10 À Q.13
CES QUESTIONS CONCERNENT LES PARENTS
BIOLOGIQUES DE L'ENFANT.
AUX Q.11 ET Q.13, NOTER '91' SI LES PARENTS NE
SONT PAS MEMBRES DU MÉNAGE MAIS VIVENT
DANS LA SOUS-PREFECTURE
'92' QUAND ILS VIVENT DANS UNE AUTRE SOUS-
PREFECTURE DU BÉNIN ET
'93' S'ILS VIVENT A L'ETRANGER.
'98' NE SAIT PAS

*** CODES POUR Q.15, 18 ET 20
NIVEAU D'INSTRUCTION :
1 = PRIMAIRE
2 = SECONDAIRE
3 = SUPÉRIEUR
8 = NE SAIT PAS

CLASSE:
00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHÉVÉE
98 = NE SAIT PAS

N° LI- GNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉLIGIBILITÉ		
	S' il vous plaît, donnez-moi le nom des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?*	(NOM) est-il de sexe mas- culin ou féminin?	(NOM) vit-il/elle ici habi- tuelle- ment?	(NOM) a-t-il/elle dormi ici la nuit der- nière ?	Quel âge a (NOM)?	ENTOU- RER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS	ENTOU- RER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS	ENTOU- RER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-64 ANS SI ENQUETE HOMME OUI
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(9A)
			H F	OUI NON	OUI NON	EN ANNÉES			
11			1 2	1 2	1 2		11	11	11
12			1 2	1 2	1 2		12	12	12
13			1 2	1 2	1 2		13	13	13
14			1 2	1 2	1 2		14	14	14
15			1 2	1 2	1 2		15	15	15
16			1 2	1 2	1 2		16	16	16
17			1 2	1 2	1 2		17	17	17
18			1 2	1 2	1 2		18	18	18
19			1 2	1 2	1 2		19	19	19
20			1 2	1 2	1 2		20	20	20
NOMBRE TOTAL DE FEMMES ELIGIBLES DANS LE MENAGE									
NOMBRE D'ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS DANS LE MENAGE									
NOMBRE TOTAL D'HOMMES ELIGIBLES DANS LE MENAGE									

* CODES POUR Q.3: LIENS DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE :

01 = CHEF DE MÉNAGE

02 = MARI OU FEMME

03 = FILS OU FILLE

04 = GENDRE OU BELLE-FILLE

05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE

06 = PÈRE OU MÈRE

07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE

08 = FRÈRE OU SŒUR

09 = CO-ÉPOUSE

10 = AUTRES PARENTS

11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE

12 = SANS PARENTÉ

98 = NE SAIT PAS

N° LI-GNE	SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS **				INSTRUCTION					
	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE Est-ce que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DE LA MÈRE	Est ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE Est-ce que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DU PÈRE	SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS		SI ÂGÉ DE 5-24 ANS			
	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(17)	(18)	(19)	(20)
	OUI NON NSP		OUI NON NSP		OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	NIVEAU CLASSE
11	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.			1 2 ALLER ↓ À 19		
12	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.			1 2 ALLER ↓ À 19		
13	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.			1 2 ALLER ↓ À 19		
14	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.			1 2 ALLER ↓ À 19		
15	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.			1 2 ALLER ↓ À 19		
16	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.			1 2 ALLER ↓ À 19		
17	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.			1 2 ALLER ↓ À 19		
18	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.			1 2 ALLER ↓ À 19		
19	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.			1 2 ALLER ↓ À 19		
20	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.			1 2 ALLER ↓ À 19		

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE ☐

Juste pour être sûre que j'ai une liste complète :

- Y-a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas porté sur la liste?
- De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques ou des amis qui vivent habituellement ici?
- Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listées?

OUI ☐	INSCRIRE CHACUN (E) DANS LE TABLEAU	NON ☐
OUI ☐	INSCRIRE CHACUN (E) DANS LE TABLEAU	NON ☐
OUI ☐	INSCRIRE CHACUN (E) DANS LE TABLEAU	NON ☐

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À						
21	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET EAU COURANTE A LA MAISON..... 11 EAU COURANTE AILLEURS 12 ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE 13 EAU DE Puits FORAGE EQUIPE DE POMPE MANUEL21 PUITS BUSE OU PROTEGE 22 PUITS NON PROTEGE 23 EAU DE SURFACE SOURCE AMENAGEE.....31 RIVIERE/MARIGOT/MARE.....32 EAU DE PLUIE DANS LA CITERNE 41 AUTRE EAU DE PLUIE 42 CAMION CITERNE 51 EAU EN BOUTEILLE 61 AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 23 → 23						
22	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SUR PLACE 996							
22B	Quelle est la distance entre cette source et votre maison ?	LIEU D'HABITATION 1 MOINS DE 1 KM 2 1 KM OU PLUS 3 NE SAIT PAS 8							
22C	Combien de fois vous approvisionnez-vous en eau de boisson? Par jour ? Par semaine ? Par mois ? ENREGISTRER LE NOMBRE DE FOIS PAR JOUR PAR SEMAINE OU PAR MOIS	NOMBRE DE FOIS PAR JOUR.....1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NOMBRE DE FOIS PAR SEMAINE.....2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NOMBRE DE FOIS PAR MOIS3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
23	Quel genre de toilettes la plupart des membres de votre ménage utilisent ?	FOSSE/LATRINES LATRINE À FOSSE NON VENTILÉE 21 LATRINE À FOSSE VENTILÉE22 TOILETTE À CHASSE23 RÉSEAU D'ÉGOUT24 LATR. SUSPENDUE/SUR PILOTIS ...25 LATRINES À TINETTE26 PAS DE TOILETTES /NATURE 31 AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 24A						
24	Partagez-vous cette installation avec d'autres ménages ?	OUI 1 NON 2							
24A	Où jetez-vous vos ordures ménagères?	VOIRIE PUBLIQUE 11 VOIRIE PRIVÉE/ONG12 ENTERRÉES13 BRÛLÉES.....14 DANS LA COUR15 DANS LA NATURE/DEHORS 16 AUTRE 96 (PRÉCISER)							

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																		
24B	Où jetez-vous vos eaux usées?	CANIVEAU FERMÉ11 CANIVEAU À CIEL OUVERT12 FOSSE SCEPTIQUE13 PUIITS PERDUS.....14 ÉGOUTS15 DANS LA COUR16 DANS LA NATURE/DEHORS.....17 AUTRE 96 (PRÉCISER)																			
25	Dans votre ménage, y-a-t-il : L'électricité? Une radio? Une télévision? Un téléphone? Un réfrigérateur?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>ÉLECTRICITÉ</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RADIO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉPHONE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RÉFRIGÉRATEUR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	ÉLECTRICITÉ	1	2	RADIO	1	2	TÉLÉVISION	1	2	TÉLÉPHONE.....	1	2	RÉFRIGÉRATEUR.....	1	2	
	OUI	NON																			
ÉLECTRICITÉ	1	2																			
RADIO	1	2																			
TÉLÉVISION	1	2																			
TÉLÉPHONE.....	1	2																			
RÉFRIGÉRATEUR.....	1	2																			
26	Dans votre ménage, quel moyen énergétique de cuisson utilisez-vous <u>principalement</u> pour la cuisine?	BOIS.....01 CHARBON DE BOIS.....02 ELECTRICITE03 GAZ.....04 PETROLE.....05 AUTRE 96 (PRÉCISER)																			
26A	Dans votre ménage, quel moyen énergétique d'éclairage utilisez-vous <u>principalement</u> ?	ELECTRICITE11 PETROLE.....21 GAZ.....22 HUILE.....31 ENERGIE SOLAIRE.....41 GROUPE ELECTROGENE COMMUNAUTAIRE..... 51 GROUPE ELECTROGENE PRIVE..... 52 AUTRE 96 (PRÉCISER)																			
27	<u>PRINCIPAL</u> MATÉRIAU DU SOL ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE11 BOUSE.....12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BOIS PLANCHES21 PALMES/BAMBOUS.....22 MATÉRIAU MODERNE PARQUET OU BOIS POLI.....31 CARREAUX32 CIMENT33 AUTRE 96 (PRÉCISER)																			
27B	<u>PRINCIPAL</u> MATÉRIAU DU MUR ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE11 PIERRE12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BOIS PLANCHES21 PALMES/BAMBOUS.....22 MATÉRIAU MODERNE BRIQUE31 SEMI-DUR32 AUTRE 96 (PRÉCISER)																			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
27C	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE 11 PAILLE 12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BOIS PLANCHES 21 PALMES/BAMBOUS 22 MATÉRIAU MODERNE TÔLE 31 TUILE 32 DALLE 33 AUTRE 96 (PRÉCISER)	
28	Dans votre ménage, y-a-t-il quelqu'un qui possède : Une bicyclette? Une mobylette ou une motocyclette? Une voiture ou un camion? Une pirogue ?	OUI NON BICYCLETTE 1 2 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE 1 2 VOITURE/CAMION 1 2 PIROGUE 1 2	
29	Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir?	OUI 1 NON 2	→ 33
30	VÉRIFIER LES COLONNES (6) ET (7) : NOMBRE D'ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS QUI ONT DORMI DANS LE MÉNAGE LA NUIT DERNIÈRE AUCUN ☐ _____ UN ☐ _____ ↓ DEUX OU PLUS ☐ _____		→ 33 → 32
31	Est ce que, la nuit dernière, (NOM) a dormi sous une moustiquaire?	OUI 1 NON 2	→ 33
32	Parmi les enfants de moins de 6 ans qui ont dormi dans le ménage la nuit dernière, tous ont-ils dormi sous une moustiquaire, certains d'entre eux ou aucun?	TOUS 1 CERTAINS 2 AUCUN 3	
33	Dans votre ménage, y-a-t-il un endroit pour se laver les mains?	OUI 1 NON 2	→ 35
34	DEMANDER À VOIR L'ENDROIT LE PLUS SOUVENT UTILISÉ POUR SE LAVER LES MAINS ET VÉRIFIER SI LES OBJETS SUIVANTS S'Y TROUVENT	OUI NON EAU/ROBINET 1 2 SAVON, CENDRE OU AUTRE PRODUIT LAVANT 1 2 CUVETTE 1 2	
TEST DE L'IODE			
35	DEMANDER À L'ENQUÊTÉE UNE CUILLÈRE DE SEL. TESTER LE SEL POUR VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'IODE. ENREGISTRER LES PPM (PARTS PAR MILLION).	0 PPM (PAS D'IODE) 1 7 PPM 2 15 PPM 3 30 PPM 4 PAS DE SEL A LA MAISON 5	→ 36
35B	TYPE DE SEL? ENREGISTRER L'OBSERVATION	TYPE DE SEL SEL FIN 1 SEL GRANULÉ (DOUX OU DUR) 2 SEL EN MORCEAUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
35C	VÉRIFIER SI LE RÉCIPIENT QUI CONTIENT LE SEL EST FERMÉ OU OUVERT? ENREGISTRER L'OBSERVATION	CONSERVATION DU SEL RÉCIPIENT FERMÉ.....1 RÉCIPIENT OUVERT2 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	

MESURES DE LA TAILLE, DU POIDS ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE

VÉRIFIER LES COLONNES (8) ET (9) : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÂGE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS ET DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS.

FEMMES 15-49				POIDS ET TAILLE DES FEMMES DE 15-49			
N° DE LIGNE DE LA COL.(8)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(7)	Quel est la date de naissance de (NOM)?	POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
(36)	(37)	(38)	(39)	(40)	(41)	(42)	(43)
		ANNÉES					

ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS				POIDS ET TAILLE DES ENFANTS NÉS DEPUIS JANVIER 1996			
N° DE LIGNE DE LA COL.(9)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(7)	Quel est la date de naissance de (NOM)?	POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
			JOUR MOIS ANNÉE			ALLOG.DEBOUT	
						1 2	
						1 2	
						1 2	
						1 2	
						1 2	
						1 2	
						1 2	

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE ☐

VÉRIFIER PAGE DE COUVERTURE :

TEST D'ANEMIE OUI



TEST D'ANEMIE NON



→FIN

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES FEMMES DE 15-49 ANS

VÉRIFIER COLONNE (38):	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE. ENREGISTRER "00" S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUEST. MÉNAGE	LIRE LE CONSENTEMENT À LA FEMME PARENT/ADULTE RESPONSABLE * ENTOURER LE CODE (ET SIGNER)	NIVEAU D'HÉMOGLO- BINE (G/DL)	ACTUELLE- MENT ENCEINTE	RÉSULTAT 1 MÉSURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
(44)	(45)	(46)	(47)	(48)	(49)
ÂGE 15-17 ÂGE 18-49		ACCORDÉ REFUSÉ		OUI NON/NSP	
1 ALLER À 46 ← 2	☐	1 ↓ SIGNER LIGNE SUIVANTE ← 2	☐	1 2	☐
1 ALLER À 46 ← 2	☐	1 ↓ SIGNER LIGNE SUIVANTE ← 2	☐	1 2	☐
1 ALLER À 46 ← 2	☐	1 ↓ SIGNER LIGNE SUIVANTE ← 2	☐	1 2	☐
1 ALLER À 46 ← 2	☐	1 ↓ SIGNER LIGNE SUIVANTE ← 2	☐	1 2	☐
1 ALLER À 46 ← 2	☐	1 ↓ SIGNER LIGNE SUIVANTE ← 2	☐	1 2	☐

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS NÉS DEPUIS JANVIER 1996

	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE ENREGISTRER "00" S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUEST. MÉNAGE	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE * ENCERCLER CODE (ET SIGNER)	NIVEAU D'HÉMOGLO- BINE (G/DL)		RÉSULTAT 1 MÉSURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
		ACCORDÉ REFUSÉ			
	☐	1 ↓ SIGNER LIGNE SUIVANTE ← 2	☐		☐
	☐	1 ↓ SIGNER LIGNE SUIVANTE ← 2	☐		☐
	☐	1 ↓ SIGNER LIGNE SUIVANTE ← 2	☐		☐
	☐	1 ↓ SIGNER LIGNE SUIVANTE ← 2	☐		☐
	☐	1 ↓ SIGNER LIGNE SUIVANTE ← 2	☐		☐
	☐	1 ↓ SIGNER LIGNE SUIVANTE ← 2	☐		☐
	☐	1 ↓ SIGNER LIGNE SUIVANTE ← 2	☐		☐

*** DÉCLARATION POUR LE CONSENTEMENT**

Dans cette étude, nous voulons connaître le niveau de l'anémie chez les femmes et les enfants. L'anémie est un sérieux problème de santé qui est dû à alimentation pauvre. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.

Nous voudrions que vous (et tous vos enfants nés depuis Janvier 1996) participiez au test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang de votre doigt. Pour ce test on utilise des instruments stérilisés et non-réutilisables qui sont propres et sans risque. Le sang sera analysé avec un équipement neuf et les résultats vous seront communiqués immédiatement après la prise de sang. Les résultats sont confidentiels.

50	VÉRIFIER 5, 47 ET 48: NOMBRE DE RÉSIDENTS HABITUELS DONT LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE EST INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE * ** UNE OU PLUS DONNER À CHAQUE FEMME/PARENT/ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE ET CONTINUER AVEC Q.51. AUCUNE DONNER À LA FEMME/PARENT/ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE ET C'EST LA FIN DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE			
51	Nous avons détecté un faible niveau d'hémoglobine dans (votre sang/le sang de NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS). Cela signifie que (vous/NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) êtes sévèrement anémié(e), ce qui est un problème de santé sérieux. Nous souhaiterions informer le docteur de _____ au sujet de (votre état/l'état de NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS). Cela vous aidera à obtenir le traitement approprié à votre état. Acceptez-vous que cette information concernant le niveau d'hémoglobine dans (votre sang/le sang de NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) soit transmise au docteur? APRÈS AVOIR LU LA DÉCLARATION CI-DESSUS, J'AI CONSTATÉ QUE (NOM) ACCEPTE/N'ACCEPTE PAS QUE L'INFORMATION SOIT TRANSMISE POUR LES RÉSIDENTS HABITUELS SUIVANTS QUI SE SITUENT EN-DESSOUS DU SEUIL CRITIQUE			
52	FEMMES DE 18-49 ANS			
	NOM DE LA PERSONNE QUI SE SITUE EN-DESSOUS DU SEUIL CRITIQUE	NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE	ACCEPTE QUE L'INFORMATION SOIT TRANSMISE	
			OUI NON	
	1) _____		1 2	
	2) _____		1 2	
	3) _____		1 2	
53	FEMMES DE 15-17 ANS ET ENFANTS			
	NOM DE LA PERSONNE QUI SE SITUE EN-DESSOUS DU SEUIL CRITIQUE	NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE	ACCEPTE QUE L'INFORMATION SOIT TRANSMISE	
			OUI NON	
	1) _____	1) _____	1 2	
	2) _____	2) _____	1 2	
	3) _____	3) _____	1 2	

* Le seuil critique est de 9 g/dl pour les femmes enceintes et de 7 g/dl pour les enfants et les femmes qui ne sont pas enceintes (ou qui ne savent pas si elles sont enceintes).

** S'il y a plus d'une femme ou d'un enfant qui se situe en-dessous du seuil critique, lire la déclaration de Q.51 à chaque femme qui se situe en-dessous du seuil critique et à chaque femme/parent/adulte responsable de l'enfant qui se situe en-dessous du seuil critique. Modifier le mois et l'année en fonction de la date de fermeture des écoles et de l'année au cours de laquelle a lieu l'enquête.

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW
(SI LE QUESTIONNAIRE N'A PAS ÉTÉ REMPLI, EXPLIQUER)

NOM DE L'ENQUETRICE : _____ DATE: _____

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

NOM DE LA CONTROLEUSE : _____ DATE: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

NOM DU CHEF D'EQUIPE : _____ DATE: _____