

ENQUÊTE MORTALITÉ, MORBIDITÉ ET UTILISATION DES SERVICES (EMMUS-III)
QUESTIONNAIRE MÉNAGE

(Questionnaire à utiliser pendant l'année scolaire)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

INSTITUT HAÏTIEN DE L'ENFANCE

IDENTIFICATION																			
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> GRAPPE MÉNAGE DÉPARTEMENT VIL./COM. URBAIN/RURAL RÉSIDENCE </div> <div> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div> </div>																		
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																			
NUMÉRO DE GRAPPE																			
NUMÉRO DU MÉNAGE																			
DÉPARTEMENT																			
VILLE/COMMUNE																			
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)																			
AIRE MÉTROPOLITAINE/CAP-HAÏTIEN – GONAÏVES - LES CAYES/AUTRES VILLES/RURAL (Aire Métropolitaine =1, Cap Haïtien/Gonaïves/Les Cayes =2, Autres villes=3, Rural=4)																			

ENQUÊTE HOMME (OUI=1, NON=2)	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>
------------------------------------	---

TEST ANÉMIE / SIDA / STATUT DE LA FEMME / RELATIONS DANS LE MÉNAGE (OUI=1, NON=2).. SI 'OUI' ('1'), INSCRIRE NOMBRE ALÉATOIRE POUR RELATIONS DANS LE MÉNAGE (1 OU 2)	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>
--	--

VISITES D'ENQUÊTRICES								
	1	2	3	VISITE FINALE				
DATE	_____	_____		JOUR MOIS ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>	2	0		
2	0							
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____		NOM				
RÉSULTAT*	_____	_____		RÉSULTAT				
PROCHAINE VISITE :DATE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES				
HEURE	_____	_____		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>				
*CODES RÉSULTATS: 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ <div style="text-align: right;">(PRÉCISER)</div>			TOTAL DANS LE MÉNAGE <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> N° LIGNE ENQUÊTÉ POUR QUESTIONNAIRE MÉNAGE <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>					

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	NOM _____ <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>
DATE _____ <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	DATE _____ <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>

TABLEAU DE MÉNAGE

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

N°.LI-GNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI ÂGÉ DE 5-14 ANS	ÉLIGIBILITÉ		
				(NOM) vit-il/elle ici habituellement?	(NOM) a-t-il/elle dormi ici la nuit dernière ?			ENTOURER LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS	VÉRIFIER PAGE DE COUVERTURE: SI ENQUÊTE HOMME=OUI ENTOURER LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES ÂGÉS DE 15-59 ANS	ENTOURER LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(7A)	(8)	(8A)	(9)
			H F	OUI NON	OUI NON	EN ANNÉES	OUI NON			
01		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	01	01	01
02		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	02	02	02
03		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	03	03	03
04		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	04	04	04
05		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	05	05	05
06		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	06	06	06
07		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	07	07	07
08		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	08	08	08
09		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	09	09	09
10		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	1 2	1 2	1 2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	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
04 = GENDRE OU BELLE-FILLE

05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE
06 = PÈRE OU MÈRE
07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE
08 = FRÈRE OU SOEUR

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 le père biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE	SI ÂGÉ DE 4 ANS OU PLUS		SI ÂGÉ DE 4-24 ANS							
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) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DU PÈRE		(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-t- il/elle achevé à ce niveau? ***	(NOM) fréquente- t-il actuelle- ment l'école?	Au cours de cette année scolaire, (NOM) a-t-il/elle fréquen- té l'école à un cer- tain mo- ment?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe est (NOM)? ***	Au cours de l'année scolaire précé- dente, (NOM) a-t-il/elle fréquen- té l'école à un cer- tain mo- ment ?	Durant l'année scolaire précédente, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM)? ***				
	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)			
	OUI NON NSP		OUI NON NSP		OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	NIVEAU CLASSE			
01	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 L L ALLER 2 18	1 L L ALLER 2 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 L L ALLER 2 18	1 L L ALLER 2 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 L L ALLER 2 18	1 L L ALLER 2 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 L L ALLER 2 18	1 L L ALLER 2 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 L L ALLER 2 18	1 L L ALLER 2 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 L L ALLER 2 18	1 L L ALLER 2 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 L L ALLER 2 18	1 L L ALLER 2 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 L L ALLER 2 18	1 L L ALLER 2 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 L L ALLER 2 18	1 L L ALLER 2 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 L L ALLER 2 À 18	1 L L ALLER À 2 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. ↙ 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

** Q.10 À Q.13

CES QUESTIONS CONCERNENT
LES PARENTS BIOLOGIQUES
DE L'ENFANT.
AUX Q.11 ET Q.13, NOTER '00' SI
LES PARENTS NE SONT PAS
MEMBRES DU MÉNAGE.

*** CODES POUR Q. 15, 18 ET 20

NIVEAU CLASSE	0= PRÉ-SCOLAIRE	1= PRIMAIRE	2= SECONDAIRE	3= SUPÉRIEUR	8= NE SAIT PAS
	1= dans tous les cas	0= MOINS D'1 AN ACH. 1= 12°/CP1/1° an. 2= 11°/CP2/2° an. 3= 10°/CE1/3° an. 4= 9°/CE2/4° an. 5= 8°/CM1/5° an. 6= 7°/CM2/6° an. 8= NE SAIT PAS	0= MOINS 1 AN ACH. 1= 6° 2= 5° 3= 4° 4= 3° 5= 2° 6= Rétho 7= Philo 8= NE SAIT PAS	0= MOINS 1 AN ACHEVÉ 1= 1° année. 2= 2° année 3= 3° année 4= 4° année ou + 8= NE SAIT PAS	
	SI RÉPONSE = PRIMAIRE , ENFANTINE 1, 2 OU 13° ENREGISTRER NIVEAU '0', CLASSE '1'				

N° LI-GNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI ÂGÉ DE 5-14 ANS	ÉLIGIBILITÉ		
				(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement?			(NOM) a-t-il/elle dormi ici la nuit dernière ?	Quel âge a (NOM)	SI LIEN DE PARENTÉ = 10, 11, 12, ou 98 (NOM) est-il/elle un restavek?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(7A)	(8)	(8A)	(9)
11		<input type="checkbox"/>	H F 1 2	OUI NON 1 2	OUI NON 1 2	EN ANNÉES <input type="checkbox"/>	OUI NON 1 2	11	11	11
12		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	12	12	12
13		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	13	13	13
14		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	14	14	14
15		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	15	15	15
16		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	16	16	16
17		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	17	17	17
18		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	18	18	18
19		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	19	19	19
20		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	1 2	20	20	20

* CODES POUR Q.3: LIEN DE PARENTÉ AVEC 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 / BELLE MÈRE
08 = FRÈRE OU SOEUR

10 = AUTRE PARENT
11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE
12 = SANS PARENTÉ
98 = NE SAIT PAS

** Q.10 À Q.13

CES QUESTIONS CONCERNENT LES PARENTS BIOLOGIQUES DE L'ENFANT. AUX Q.11 ET Q.13, NOTER '00' SI LES PARENTS NE SONT PAS MEMBRES DU MÉNAGE.

*** CODES POUR Q. 15, 18 ET 20					
NIVEAU CLASSE	0= PRÉ-SCOLAIRE	1= PRIMAIRE	2= SECONDAIRE	3= SUPÉRIEUR	8= NE SAIT PAS
	1= dans tous les cas	0= MOINS D'1 AN ACH. 1= 12°/CP1/1° an. 2= 11°/CP2/2° an. 3= 10°/CE1/3° an. 4= 9°/CE2/4° an. 5= 8°/CM1/5° an. 6= 7°/CM2/6° an. 8= NE SAIT PAS	0= MOINS 1 AN ACH. 1= 6° 2= 5° 3= 4° 4= 3° 5= 2° 6= Rétho 7= Philo 8= NE SAIT PAS	0= MOINS 1 AN ACHEVÉ 1= 1° année. 2= 2° année 3= 3° année 4= 4° année ou + 8= NE SAIT PAS	
SI RÉPONSE = PRIMAIRE, ENFANTINE 1, 2 OU 13° ENREGISTRER NIVEAU '0', CLASSE '1'					

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 4 ANS OU PLUS		SI ÂGÉ DE 4-24 ANS					
	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
	OUI NON NSP		OUI NON NSP		OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	NIVEAU CLASSE	
11	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↙ SUIVANT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↳ ALLER 18	1 2 ALLER ↗ 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
12	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ↙ SUIVANT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↳ ALLER 18	1 2 ALLER ↗ 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
13	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ↙ SUIVANT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↳ ALLER 18	1 2 ALLER ↗ 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
14	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ↙ SUIVANT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↳ ALLER 18	1 2 ALLER ↗ 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
15	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ↙ SUIVANT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↳ ALLER 18	1 2 ALLER ↗ 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
16	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ↙ SUIVANT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↳ ALLER 18	1 2 ALLER ↗ 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
17	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ↙ SUIVANT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↳ ALLER 18	1 2 ALLER ↗ 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
18	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ↙ SUIVANT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↳ ALLER 18	1 2 ALLER ↗ 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
19	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ↙ SUIVANT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↳ ALLER 18	1 2 ALLER ↗ 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
20	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE ↙ SUIVANT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↳ ALLER 18	1 2 ALLER ↗ 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE <input type="checkbox"/>	
Juste pour être sûre que j'ai une liste complète :	
1) Y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas porté sur la liste?	OUI <input type="checkbox"/> → INSCRIRE CHACUN (E) DANS LE TABLEAU NON <input type="checkbox"/>
2) De plus, y a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques, des restaveks, des locataires ou des amis qui vivent habituellement ici?	OUI <input type="checkbox"/> → INSCRIRE CHACUN (E) DANS LE TABLEAU NON <input type="checkbox"/>
3) Avez-vous de 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 <input type="checkbox"/> → INSCRIRE CHACUN (E) DANS LE TABLEAU NON <input type="checkbox"/>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																					
21	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET DANS LOGEMENT/COUR..... 11 FONTAINE PUBLIQUE/ROBINET DU VOISIN/EAU ROBINET ACHETÉE 12 PUIITS OUVERT PUIITS OUVERT DANS COUR 21 PUIITS PUBLIC OU AUTRE PUIITS OUVERT 22 PUIITS COUVERT OU FORAGE PUIITS PROTÉGÉ DANS COUR..... 31 PUIITS PUBLIC OU AUTRE PUIITS PROTÉGÉ 32 EAU DE SURFACE SOURCE PROTÉGÉE 41 SOURCE NON PROTÉGÉE 42 FLEUVE/RIVIÈRE 43 MARE/LAC 44 CANAL 45 EAU DE PLUIE 51 VENDEUR D'EAU 61 CAMION CITERNE 71 EAU EN BOUTEILLE 81 AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 23 → 23 → 23 → 23 → 23 → 23 → 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> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> SUR PLACE 996																						
23	Quel genre de toilettes la plupart des membres de votre ménage utilisent?	W.C. 11 FOSSE/LATRINES EN PLAIR AIR/RUDIMENTAIRES 21 AMÉLIORÉES 22 PAS DE TOILETTES /NATURE 31 AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 24A																					
24	Partagez-vous cette installation avec d'autres ménages?	OUI 1 NON 2																						
24A	Votre ménage est-il propriétaire du logement ou êtes-vous en location?	PROPRIÉTAIRE..... 1 LOCATAIRE/AFFERMAGE 2 LOGEMENT DE FONCTION..... 3 LOGEMENT GRATUIT 4																						
24B	Dans votre logement, avez-vous l'électricité de l'EDH?	OUI 1 NON 2																						
24C	Dans votre logement, avez-vous un générateur, des panneaux solaires ou un inverter pour produire de l'électricité?	OUI 1 NON 2																						
25	Dans votre ménage, avez-vous :	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>a) Une chaudière?</td> <td>CHAUDIÈRE 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) Un lit?</td> <td>LIT 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) Une radio?</td> <td>RADIO 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) Une télévision?</td> <td>TÉLÉVISION 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) Un téléphone?</td> <td>TÉLÉPHONE..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) Un réfrigérateur?</td> <td>RÉFRIGÉRATEUR..... 1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	a) Une chaudière?	CHAUDIÈRE 1	2	b) Un lit?	LIT 1	2	c) Une radio?	RADIO 1	2	d) Une télévision?	TÉLÉVISION 1	2	e) Un téléphone?	TÉLÉPHONE..... 1	2	f) Un réfrigérateur?	RÉFRIGÉRATEUR..... 1	2	
	OUI	NON																						
a) Une chaudière?	CHAUDIÈRE 1	2																						
b) Un lit?	LIT 1	2																						
c) Une radio?	RADIO 1	2																						
d) Une télévision?	TÉLÉVISION 1	2																						
e) Un téléphone?	TÉLÉPHONE..... 1	2																						
f) Un réfrigérateur?	RÉFRIGÉRATEUR..... 1	2																						

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À															
26	Dans votre ménage, quel genre de combustible utilisez-vous principalement pour la cuisine?	ÉLECTRICITÉ01 GAZ BOUTEILLE/GAZ NATUREL02 BIOGAZ03 KÉROSÈNE04 CHARBON DE BOIS05 BOIS À BRÛLER, PAILLE.....06 AUTRE 96 (PRÉCISER)																
27	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE/PIERRES..... 11 BOIS PLANCHES21 PLANCHER FINI PARQUET OU BOIS CIRÉ31 MOSAÏQUE/CÉRAMIQUE32 BÉTON/MAÇONNERIE.....33 AUTRE 96 (PRÉCISER)																
28	Dans votre ménage, y a-t-il quelqu'un qui possède : a) Une bicyclette? b) Une mobylette ou une motocyclette? c) Une voiture ou un camion? d) Un cheval ou une mule?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>BICYCLETTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE/CAMION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CHEVAL/MULE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	BICYCLETTE	1	2	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE	1	2	VOITURE/CAMION	1	2	CHEVAL/MULE	1	2	
	OUI	NON																
BICYCLETTE	1	2																
MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE	1	2																
VOITURE/CAMION	1	2																
CHEVAL/MULE	1	2																
29A	Est-ce que, dans votre ménage, quelqu'un a été sérieusement malade ou sérieusement blessé au cours des 12 derniers mois?	OUI1 NON2	→ 35															
29B	La dernière fois que cela s'est produit, la personne malade ou blessée a-t-elle été menée dans un établissement de santé pour être soignée?	OUI1 NON2	→ 29I															
29C	Dans quel établissement de santé la personne malade ou blessée a-t-elle été menée? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT 11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 12 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE.....21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE22 SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE.....31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE32 MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE.....41 AUTRE 96 (PRÉCISER)																
29D	À quelle distance de votre logement se trouve cet établissement de santé? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE. SI 95 KILOMÈTRES OU PLUS, ENREGISTRER '95'. SI MOINS D'UN KILOMÈTRE, ENREGISTRER '00'.	KILOMÈTRE..... <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> SUR PLACE96 NE SAIT PAS98																
29E	Quel moyen de transport a été utilisé pour se rendre à cet établissement de santé? ENREGISTRER TOUS LES MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS.	AUCUN/À PIED A À DOS D'ANIMAL B EN VÉHICULE À MOTEUR C AUTRE X (PRÉCISER)																

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À				
29F	Combien de temps a-t-il fallu pour se rendre à cet établissement de santé? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE. ENREGISTRER LA RÉPONSE EN MINUTES. SI 5 HEURES OU PLUS ENREGISTRER '300'.	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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS998					
29G	Existe-t-il un autre établissement de santé, plus proche que (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ CITÉ À Q.29C) où la personne malade ou blessée aurait pu être menée pour être soignée?	OUI1 NON2	→ 35				
29H	Pourquoi la personne malade ou blessée a-t-elle été menée à (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ CITÉ À Q.29C) plutôt que dans cet autre établissement de santé? ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.	MOINS CHER A MIEUX ÉQUIPÉ B PERSONNEL PLUS COMPÉTENT C PERSONNEL PLUS ACCUEILLANT D ATTENTE MOINS LONGUE E AUTRE X (PRÉCISER)	→ 35				
29I	Pourquoi la personne malade ou blessée n'a-t-elle pas été menée dans un établissement de santé pour être soignée? ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.	PERSONNE EST DÉCÉDÉE A TROP LOIN B TROP CHER C MAL ÉQUIPÉ D PERSONNEL INCOMPÉTENT E PERSONNEL PAS ACCUEILLANT F A CONSULTÉ AGENT DE SANTÉ/INFIRMIER/ AUXILIAIRE/MÉDECIN PRIVÉ G A CONSULTÉ SAGE-FEMME/ MATRONE H A CONSULTÉ MÉDECIN-FEUILLE/ OUGAN/MAMBO I ATTENTE TROP LONGUE J AUTRE X (PRÉCISER)					
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 PPM2 15 PPM3 30 PPM4					

**À N'UTILISER QUE SI LA SECTION SUR LES « RELATIONS DANS LE MÉNAGE »
EST PRÉVUE DANS L'ENQUÊTE INDIVIDUELLE
(VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE)**

1- IL N'Y A QU'UNE SEULE FEMME ÉLIGIBLE DANS LE MÉNAGE

À la première ligne du tableau, inscrire le numéro de ligne de la femme éligible (voir Colonne (8) du Tableau de Ménage) : cette femme sera enquêtée sur les « relations dans le ménage ».

2- IL Y A PLUSIEURS FEMMES ÉLIGIBLES DANS LE MÉNAGE

Dans le tableau, inscrire le numéro de ligne de toutes les femmes éligibles (voir Colonne (8) du Tableau de Ménage), en commençant par la plus âgée et en terminant par la plus jeune.

Vérifier sur la page de couverture du Questionnaire quel Nombre Aléatoire a été retenu pour ce ménage (ce nombre sera toujours 1 ou 2). Si ce nombre est 1, sélectionnez alors la femme la plus vieille (la 1^{ère} de la liste) et vous encerclez son numéro d'ordre ; si ce nombre est 2, sélectionnez alors la femme la plus jeune (la dernière de la liste) et vous encerclez son numéro d'ordre.

N° de ligne des
femmes éligibles,
en commençant
par la plus vieille
et en terminant
par la plus jeune

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

VÉRIFIER LES COLONNES (8) ET (9) DU TABLEAU DE MÉNAGE : 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)
<input type="text"/>		ANNÉES <input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS				POIDS ET TAILLE DES ENFANTS NÉS EN 1995 OU PLUS TARD			
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			ALLONG.DEBOUT	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

☐

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES FEMMES DE 15-49 ANS					
VÉRIFIER PAGE DE COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE : <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> OUI, TEST D'ANÉMIE <input type="checkbox"/> ↓ ALLER À 44 POUR LE TEST. </div> <div style="text-align: center;"> NON, PAS DE TEST D'ANÉMIE <input type="checkbox"/> → FIN DE L'ENQUÊTE MÉNAGE </div> </div>					
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'HÉMOGLOBINE (G/DL)	ACTUELLEMENT ENCEINTE	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
(44)	(45)	(46)	(47)	(48)	(49)
ÂGE 15-17 ÂGE 18-49 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ALLER À 46 ← → </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ACCORDÉ REFUSÉ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ↓ ↓ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> SIGNER _____ LIGNE SUIVANTE ← </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> OUI NON/NSP </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ALLER À 46 ← → </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ACCORDÉ REFUSÉ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ↓ ↓ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> SIGNER _____ LIGNE SUIVANTE ← </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> OUI NON/NSP </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ALLER À 46 ← → </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ACCORDÉ REFUSÉ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ↓ ↓ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> SIGNER _____ LIGNE SUIVANTE ← </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> OUI NON/NSP </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>



MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS NÉS EN 1995 OU PLUS TARD					
	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE. ENREGISTRER '00' S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS QUEST. MÉNAGE	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE * ENCERCLER CODE (ET SIGNER)	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE (G/DL)		RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ACCORDÉ REFUSÉ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ↓ ↓ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> SIGNER _____ LIGNE SUIVANTE ← </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ACCORDÉ REFUSÉ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ↓ ↓ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> SIGNER _____ LIGNE SUIVANTE ← </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ACCORDÉ REFUSÉ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ↓ ↓ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> SIGNER _____ LIGNE SUIVANTE ← </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ACCORDÉ REFUSÉ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ↓ ↓ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> SIGNER _____ LIGNE SUIVANTE ← </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ACCORDÉ REFUSÉ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ↓ ↓ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> SIGNER _____ LIGNE SUIVANTE ← </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ACCORDÉ REFUSÉ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ↓ ↓ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> SIGNER _____ LIGNE SUIVANTE ← </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>

*** DÉCLARATION POUR LE CONSENTEMENT**

Dans cette enquête, 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 une 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 vous demandons que vous (et tous vos enfants nés en 1995 ou plus tard) participiez au test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang de votre doigt. Pour ce test on utilise des instruments stériles 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.

Puis-je-vous demander maintenant de participer, vous (et NOM DES ENFANTS), à ce test de l'anémie. Cependant, si vous décidez de refuser, sachez que vous en avez le droit et que nous respectons votre décision. Maintenant, pouvez-vous me dire si vous acceptez de participer au test.

50	VÉRIFIER 47 ET 48: NOMBRE DE PERSONNES DONT LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE EST INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE * **		
	UN(E) OU PLUS  DONNER À CHAQUE FEMMES/PARENT/ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE ET CONTINUER AVEC Q.51.	AUCUN(E)  DONNER À LA FEMMES/PARENT/ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE.	
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 vous conseillons de consulter un agent de santé et de l'informer du résultat de ce test.		

* 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, au moins, une femme ou 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