

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE COMMUNAUTAIRE

IDENTIFICATION	
DEPARTEMENT _____	N° STRATE..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
ARRONDISSEMENT _____	N° GRAPPE..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
CANTON/COMMUNE _____	N° ZD..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>

TYPE DE LOCALITE:			
NIAMEY 1	AGADEZ/MARADI/ TAHOUA/ZINDER 2	AUTRES VILLES 3	RURAL 4
↳ Nom de la ville: _____ ↳ Nom du quartier: _____		↳ Nom du village/localité (centre de la grappe: le + gros de la grappe) _____	
NOMBRE D'HABITANTS DE LA VILLE/VILLAGE/LOCALITE:			
<table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"></table>			

DATE DE DEBUT DE VISITE A LA GRAPPE _____	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> MOIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>		
DATE DE FIN DE VISITE A LA GRAPPE _____	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> MOIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>		
NOM DE L'ENQUETEUR _____	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>		
ENQUETES HOMMES:			
NOMBRE: 	FONCTIONS/TITRES*: _____		

ENQUETES FEMMES:			
NOMBRE: 	FONCTIONS/TITRES**: _____		

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> * CODES: 1 CHEF VILLAGE/QUARTIER 2 SARKIN SAMARI 3 PERSONNEL MEDICAL/ESV 4 RESPONSABLE EDUCATION 5 RESPONSABLE RELIGIEUX 6 AUTRE </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> ** CODES: 1 MEMBRE ASS. DE FEMMES 2 PERSONNEL MEDICAL/ESV 3 RESPONSABLE EDUCATION 4 AUTRE </td> </tr> </table>		* CODES: 1 CHEF VILLAGE/QUARTIER 2 SARKIN SAMARI 3 PERSONNEL MEDICAL/ESV 4 RESPONSABLE EDUCATION 5 RESPONSABLE RELIGIEUX 6 AUTRE	** CODES: 1 MEMBRE ASS. DE FEMMES 2 PERSONNEL MEDICAL/ESV 3 RESPONSABLE EDUCATION 4 AUTRE
* CODES: 1 CHEF VILLAGE/QUARTIER 2 SARKIN SAMARI 3 PERSONNEL MEDICAL/ESV 4 RESPONSABLE EDUCATION 5 RESPONSABLE RELIGIEUX 6 AUTRE	** CODES: 1 MEMBRE ASS. DE FEMMES 2 PERSONNEL MEDICAL/ESV 3 RESPONSABLE EDUCATION 4 AUTRE		

SECTION 1. CARACTERISTIQUES GENERALES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	VERIFIER LE TYPE DE LOCALITE ET COCHER LA CASE CORRESPONDANTE: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> RURAL <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> NIAMEY/AGADEZ/MARADI TAMOUA/ZINDER AUTRES VILLES <input type="checkbox"/> </div> </div>		107
102	NOTER LE TYPE D'HABITAT	DENSE.....1 DISPERSE.....2 AUTRE.....3 (PRECISER)	
103	Quel est le centre urbain le plus proche de _____? (Nom local./village/pte. ville)	_____ (NOM DU CENTRE URBAIN)	
104	Quelle est la principale voie d'accès entre _____ et _____? (Nom local./village/pte. ville) (Nom Centre Urbain)	ROUTE Goudronnée.....1 LATERITE.....2 PISTE.....3 VOIE D'EAU.....4 SENTIER.....5	
105	Quelle est la distance en kilomètres entre _____ et _____? (Nom local./village/pte. ville) (Nom Centre Urbain) INSCRIRE '97' POUR 97 KM ET PLUS.	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> KILOMETRES	
106	Quels sont les moyens de transport en commun les plus utilisés pour se rendre à _____? (Nom Centre Urbain) ENREGISTRER SEULEMENT LES DEUX PRINCIPAUX MOYENS DE TRANSPORT	AUTOBUS.....A TAXI-BROUSSE.....B TAXI.....C CAMION/CAMIONNETTE.....D CHARRETTE.....E PIROGUE/BAC.....F AUCUN.....G	
107	Quelle est la principale source d'eau que les habitants de _____ (Nom local./village/ville/quartier) utilisent pour boire?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11 ROBINET PUBLIC.....12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 PUIITS PUBLIC/FORAGE.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 VENDEUR D'EAU.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....71 (PRECISER)	
108	Quelle est la principale source d'eau que les habitants de _____ (Nom local./village/ville/quartier) utilisent pour faire la vaisselle?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11 ROBINET PUBLIC.....12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 PUIITS PUBLIC/FORAGE.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 VENDEUR D'EAU.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....71 (PRECISER)	
109	Comment sont évacuées les eaux usées des logements de _____? (Nom local./village/ville/quartier)	SYSTEME D'EGOUTS FERMES.....1 EGOUTS A CIEL OUVERT.....2 FOSSE SCEPTIQUE.....3 RUE/BROUSSE.....4	
110	Quel genre de toilettes sont utilisées par la majorité des habitants de _____? (Nom local./village/ville/quartier)	CHASSE D'EAU CHASSE D'EAU PERSONNELLE.....11 CHASSE D'EAU EN COMMUN.....12 FOSSE/LATRINES FOSSE SOMMAIRE.....21 FOSSE AMELIOREE ET VENTILEE OU LATRINES.....22 PAS DE TOILETTES/BROUSSE.....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
111	Y-a-t-il l'électricité à _____ ? (Nom local./village/ville/quartier)	OUI.....1 NON.....2	
112	Quelle est l'activité principale des habitants de _____ ? (Nom local./village/ville/quartier)	AGRICULTURE/PECHÉ.....1 COMMERCE.....2 ARTISANAT.....3 INDUSTRIE.....4 SERVICES.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	

COMPLETER LE TABLEAU A PARTIR DE VOS OBSERVATIONS ET DES INFORMATIONS OBTENUES

	113 DISTANCE (EN KM.) ENTRE LE LIEU D'ENQUETE ET LA LOCALITE LA PLUS PROCHE POSSEDANT LE SERVICE SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98'. INSCRIRE '97' POUR 97 KM ET PLUS.	114 MOYEN DE DEPLACEMENT LE PLUS UTILISE POUR SE RENDRE DANS LA LOCALITE LA PLUS PROCHE POSSEDANT LE SERVICE	115 TEMPS NECESSAIRE POUR SE RENDRE DANS LA LOCALITE LA PLUS PROCHE POSSEDANT LE SERVICE, PAR LE MOYEN DE DEPLACEMENT LE PLUS UTILISE SI PLUS 90 MIN., NOTER EN HEURES. 24H. POUR 24H.ET+.
01/ECOLE PRIMAIRE	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> </div> <div style="margin-left: 5px;"> SI '98' PASSER A 02 </div> </div> <div style="margin-top: 5px;">KILOMETRES</div>	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MINUTES.....1 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div> HEURES.....2 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div>
02/ECOLE SECONDAIRE OU TECHNIQUE 1° CYCLE	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> </div> <div style="margin-left: 5px;"> SI '98' PASSER A 03 </div> </div> <div style="margin-top: 5px;">KILOMETRES</div>	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MINUTES.....1 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div> HEURES.....2 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div>
03/ECOLE SECONDAIRE OU TECHNIQUE 2° CYCLE	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> </div> <div style="margin-left: 5px;"> SI '98' PASSER A 04 </div> </div> <div style="margin-top: 5px;">KILOMETRES</div>	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MINUTES.....1 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div> HEURES.....2 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div>
04/MARCHE JOURNALIER	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> </div> <div style="margin-left: 5px;"> SI '98' PASSER A 05 </div> </div> <div style="margin-top: 5px;">KILOMETRES</div>	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MINUTES.....1 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div> HEURES.....2 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div>
05/MARCHE HEBDOMADAIRE	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> </div> <div style="margin-left: 5px;"> SI '98' PASSER A 06 </div> </div> <div style="margin-top: 5px;">KILOMETRES</div>	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MINUTES.....1 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div> HEURES.....2 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div>
06/BOULIQUE	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> </div> <div style="margin-left: 5px;"> SI '98' PASSER A 07 </div> </div> <div style="margin-top: 5px;">KILOMETRES</div>	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MINUTES.....1 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div> HEURES.....2 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div>
07/SERVICE REGULIER DE TRANSPORT EN COMMUN	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> </div> <div style="margin-left: 5px;"> SI '98' PASSER A 0.201 </div> </div> <div style="margin-top: 5px;">KILOMETRES</div>	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MINUTES.....1 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div> HEURES.....2 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div>

SECTION 2. DISPONIBILITE DES SERVICES SANITAIRES

	201 Ou se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	202 A combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	203 Quel est le moyen de dépla- cement le plus utilisé pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche?	204 Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche par le moyen de déplacement le plus utilisé?	205 (NOM DU SERV.) le plus proche assure-t-il des services de planning familial?	206 VERIFIER Q. 202	207 (NOM DU SERVICE) le plus proche assure-t-il:	208 Savez-vous si à (NOM DU SERVICE) le plus proche, on peut se procurer:
01 HOPITAL PUBLIC	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEICULE MOTEUR...1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. MOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + MOTER 24H. MIN..1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> HEUR.2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE ≤30 Km. <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER OU A Q.202+98 Q.207 DISTANCE >30 Km. <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER A Q2	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> OUI NON NSP OUI NON NSP </div> SOINS PRENATALS....1 2 8 ACCOUCHEMENTS....1 2 8 SOINS POSTNATALS...1 2 8 CONS. NOURRISSONS...1 2 8 CONS. NUTRITIONEL...1 2 8 VACCINATIONS.....1 2 8 URGENCES.....1 2 8 SOINS CURATIFS.....1 2 8	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> OUI NON NSP OUI NON NSP </div> SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN.....1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET.....1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDOM.....1 2 8 METH. VAGINALES...1 2 8 STERILIS. FEM.....1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 (A PRECISER)
02 HOPITAL PRIVE/ CLINIQUE	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEICULE MOTEUR...1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. MOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + MOTER 24H. MIN..1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> HEUR.2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE ≤30 Km. <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER OU A Q.202+98 Q.207 DISTANCE >30 Km. <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER A Q3	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> OUI NON NSP OUI NON NSP </div> SOINS PRENATALS....1 2 8 ACCOUCHEMENTS....1 2 8 SOINS POSTNATALS...1 2 8 CONS. NOURRISSONS...1 2 8 CONS. NUTRITIONEL...1 2 8 VACCINATIONS.....1 2 8 URGENCES.....1 2 8 SOINS CURATIFS.....1 2 8	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> OUI NON NSP OUI NON NSP </div> SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN.....1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET.....1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDOM.....1 2 8 METH. VAGINALES...1 2 8 STERILIS. FEM.....1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 (A PRECISER)
03 PHI	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEICULE MOTEUR...1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. MOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + MOTER 24H. MIN..1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> HEUR.2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE ≤30 Km. <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER OU A Q.202+98 Q.207 DISTANCE >30 Km. <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER A Q4	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> OUI NON NSP OUI NON NSP </div> SOINS PRENATALS....1 2 8 SOINS POSTNATALS...1 2 8 CONS. NOURRISSONS...1 2 8 CONS. NUTRITIONEL...1 2 8 VACCINATIONS.....1 2 8 URGENCES.....1 2 8 SOINS CURATIFS.....1 2 8	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> OUI NON NSP OUI NON NSP </div> SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN.....1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET.....1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDOM.....1 2 8 METH. VAGINALES...1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 (A PRECISER)

04 CENTRE MEDICAL PUBLIC	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR...1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. MIN..1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> HEUR.2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER <=30 Km. A OU Q.202+98 Q.207 DISTANCE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER >30 Km. A 05	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>SOINS PRENATALS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOINS POSTNATALS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONS. NOURRISSONS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONS. NUTRITIONEL.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VACCINATIONS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>URGENCES.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOINS CURATIFS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </table>		OUI	NON	NSP	SOINS PRENATALS.....1	2	8		SOINS POSTNATALS.....1	2	8		CONS. NOURRISSONS.....1	2	8		CONS. NUTRITIONEL.....1	2	8		VACCINATIONS.....1	2	8		URGENCES.....1	2	8		SOINS CURATIFS.....1	2	8		<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>SACHETS SRO.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANTI-PALUDEEN.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PILULE CONTRACEP.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>STERILET.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INJECTIONS CONTR.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONDOM.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>METH. VAGINALES.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTR. METH. CONT.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </table>		OUI	NON	NSP	SACHETS SRO.....1	2	8		ANTI-PALUDEEN.....1	2	8		PILULE CONTRACEP.....1	2	8		STERILET.....1	2	8		INJECTIONS CONTR.....1	2	8		CONDOM.....1	2	8		METH. VAGINALES.....1	2	8		AUTR. METH. CONT.....1	2	8					
	OUI	NON	NSP																																																																													
SOINS PRENATALS.....1	2	8																																																																														
SOINS POSTNATALS.....1	2	8																																																																														
CONS. NOURRISSONS.....1	2	8																																																																														
CONS. NUTRITIONEL.....1	2	8																																																																														
VACCINATIONS.....1	2	8																																																																														
URGENCES.....1	2	8																																																																														
SOINS CURATIFS.....1	2	8																																																																														
	OUI	NON	NSP																																																																													
SACHETS SRO.....1	2	8																																																																														
ANTI-PALUDEEN.....1	2	8																																																																														
PILULE CONTRACEP.....1	2	8																																																																														
STERILET.....1	2	8																																																																														
INJECTIONS CONTR.....1	2	8																																																																														
CONDOM.....1	2	8																																																																														
METH. VAGINALES.....1	2	8																																																																														
AUTR. METH. CONT.....1	2	8																																																																														
(A PRECISER)																																																																																
05 DISPEN- SAIRE PUBLIC	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR...1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. MIN..1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> HEUR.2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER <=30 Km. A OU Q.202+98 Q.207 DISTANCE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER >30 Km. A 06	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>SOINS PRENATALS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENTS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOINS POSTNATALS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONS. NOURRISSONS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONS. NUTRITIONEL.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VACCINATIONS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>URGENCES.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOINS CURATIFS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </table>		OUI	NON	NSP	SOINS PRENATALS.....1	2	8		ACCOUCHEMENTS.....1	2	8		SOINS POSTNATALS.....1	2	8		CONS. NOURRISSONS.....1	2	8		CONS. NUTRITIONEL.....1	2	8		VACCINATIONS.....1	2	8		URGENCES.....1	2	8		SOINS CURATIFS.....1	2	8		<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>SACHETS SRO.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANTI-PALUDEEN.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PILULE CONTRACEP.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>STERILET.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INJECTIONS CONTR.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONDOM.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>METH. VAGINALES.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTR. METH. CONT.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </table>		OUI	NON	NSP	SACHETS SRO.....1	2	8		ANTI-PALUDEEN.....1	2	8		PILULE CONTRACEP.....1	2	8		STERILET.....1	2	8		INJECTIONS CONTR.....1	2	8		CONDOM.....1	2	8		METH. VAGINALES.....1	2	8		AUTR. METH. CONT.....1	2	8	
	OUI	NON	NSP																																																																													
SOINS PRENATALS.....1	2	8																																																																														
ACCOUCHEMENTS.....1	2	8																																																																														
SOINS POSTNATALS.....1	2	8																																																																														
CONS. NOURRISSONS.....1	2	8																																																																														
CONS. NUTRITIONEL.....1	2	8																																																																														
VACCINATIONS.....1	2	8																																																																														
URGENCES.....1	2	8																																																																														
SOINS CURATIFS.....1	2	8																																																																														
	OUI	NON	NSP																																																																													
SACHETS SRO.....1	2	8																																																																														
ANTI-PALUDEEN.....1	2	8																																																																														
PILULE CONTRACEP.....1	2	8																																																																														
STERILET.....1	2	8																																																																														
INJECTIONS CONTR.....1	2	8																																																																														
CONDOM.....1	2	8																																																																														
METH. VAGINALES.....1	2	8																																																																														
AUTR. METH. CONT.....1	2	8																																																																														
(A PRECISER)																																																																																
06 EQUIPE MOBILE	Est-ce qu'une équipe mobile visite (NOM LOCALITE/VILLAGE)? OUI <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER A Q.207 OUI <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER A Q.07						<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>VACCINATIONS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>URGENCES.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOINS CURATIFS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </table>		OUI	NON	NSP	VACCINATIONS.....1	2	8		URGENCES.....1	2	8		SOINS CURATIFS.....1	2	8		<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>SACHETS SRO.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANTI-PALUDEEN.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </table>		OUI	NON	NSP	SACHETS SRO.....1	2	8		ANTI-PALUDEEN.....1	2	8																																													
	OUI	NON	NSP																																																																													
VACCINATIONS.....1	2	8																																																																														
URGENCES.....1	2	8																																																																														
SOINS CURATIFS.....1	2	8																																																																														
	OUI	NON	NSP																																																																													
SACHETS SRO.....1	2	8																																																																														
ANTI-PALUDEEN.....1	2	8																																																																														
(A PRECISER)																																																																																
07 MATERNITE	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR...1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. MIN..1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> HEUR.2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER <=30 Km. A OU Q.202+98 Q.207 DISTANCE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER >30 Km. A 08	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENTS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOINS POSTNATALS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VACCINATIONS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>URGENCES.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOINS CURATIFS.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </table>		OUI	NON	NSP	ACCOUCHEMENTS.....1	2	8		SOINS POSTNATALS.....1	2	8		VACCINATIONS.....1	2	8		URGENCES.....1	2	8		SOINS CURATIFS.....1	2	8		<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>SACHETS SRO.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANTI-PALUDEEN.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </table>		OUI	NON	NSP	SACHETS SRO.....1	2	8		ANTI-PALUDEEN.....1	2	8																																					
	OUI	NON	NSP																																																																													
ACCOUCHEMENTS.....1	2	8																																																																														
SOINS POSTNATALS.....1	2	8																																																																														
VACCINATIONS.....1	2	8																																																																														
URGENCES.....1	2	8																																																																														
SOINS CURATIFS.....1	2	8																																																																														
	OUI	NON	NSP																																																																													
SACHETS SRO.....1	2	8																																																																														
ANTI-PALUDEEN.....1	2	8																																																																														
(A PRECISER)																																																																																

	201 Où se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	202 A combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	203 Quel est le moyen de dépla- cement le plus utilisé pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche?	204 Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche par le moyen de déplacement le plus utilisé?	205 (NOM DU SERV.) le plus proche assure-t-il des services de planning familial?	206 VERIFIER Q. 202	207 (NOM DU SERVICE) le plus proche assure-t-il:	208 Savez-vous si à (NOM DU SERVICE) le plus proche, on peut se procurer:
08 CABINET MEDECIN PRIVE/ DISPEN- SAIRE PRIVE	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR...1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. MIN..1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> HEUR.2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <=30 Km. <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER OU A Q.202=98 Q.207 DISTANCE >30 Km. <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER A 09	<div style="text-align: right;">OUI NON NSP</div> SOINS PRENATALS....1 2 8 ACCOUCHEMENTS....1 2 8 SOINS POSTNATALS....1 2 8 CONS. NOURRISSEMENTS....1 2 8 CONS. NUTRITIONNEL....1 2 8 VACCINATIONS....1 2 8 URGENCES....1 2 8 SOINS CURATIFS....1 2 8	<div style="text-align: right;">OUI NON NSP</div> SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN....1 2 8 PILULE CONTRACEP....1 2 8 STERILET.....1 2 8 INJECTIONS CONTR....1 2 8 CONDOM.....1 2 8 METH. VAGINALES....1 2 8 AUTR. METH. CONT....1 2 8 (A PRECISER)
09 PERSONNEL DE SANTE COMMUNAU- TAIRE/ SECOU- RISTE/ MATRONE	A (NOM LOCALITE/VILLAGE), y-a-t-il du personnel de santé communautaire/ secouriste/matrone? OUI <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER A Q.207 NON <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER A 10						<div style="text-align: right;">OUI NON NSP</div> SOINS PRENATALS....1 2 8 ACCOUCHEMENTS....1 2 8 CONS. NUTRITIONNEL....1 2 8 URGENCES....1 2 8 SOINS CURATIFS....1 2 8	<div style="text-align: right;">OUI NON NSP</div> SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN....1 2 8
10 PHARMACIE	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR...1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. MIN..1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> HEUR.2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <=30 Km. <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER OU A Q.202=98 Q.207 DISTANCE >30 Km. <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER A 11	<div style="text-align: right;">OUI NON NSP</div> SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN....1 2 8 PILULE CONTRACEP....1 2 8 STERILET.....1 2 8 INJECTIONS CONTR....1 2 8 CONDOM.....1 2 8 METH. VAGINALES....1 2 8 AUTR. METH. CONT....1 2 8 (A PRECISER)	
11 DEPOT PHARMA- CEUTIQUE	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR...1 VELO.....2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE.....4 A PIED.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. MIN..1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> HEUR.2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	DISTANCE <=30 Km. <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER OU A Q.202=98 Q.207 DISTANCE >30 Km. <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → PASSER A Q.209	<div style="text-align: right;">OUI NON NSP</div> SACHETS SRO.....1 2 8 ANTI-PALUDEEN....1 2 8 PILULE CONTRACEP....1 2 8 STERILET.....1 2 8 INJECTIONS CONTR....1 2 8 CONDOM.....1 2 8 METH. VAGINALES....1 2 8 AUTR. METH. CONT....1 2 8 (A PRECISER)	

→09

→10

→11

→Q.209

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES																																																																																																														
209	<p>Quel sont, par ordre d'importance, les principales maladies des enfants de moins de cinq ans au cours de l'année?</p>	<table border="0"> <tr> <td>PALUDISME.....</td> <td>01</td> <td>1°.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DIARRHÉE.....</td> <td>02</td> <td>2°.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MALNUTRITION.....</td> <td>03</td> <td>3°.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ROUGEOLE.....</td> <td>04</td> <td>4°.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ANÉMIE.....</td> <td>05</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TÉTANOS.....</td> <td>06</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MÉNINGITE.....</td> <td>07</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ICTÈRE (jaunisse, hépatite, généralement maladies du foie).....</td> <td>08</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MALADIES CARDIAQUES.....</td> <td>09</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TUBERCULOSE.....</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>COQUELUCHE.....</td> <td>11</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>VARICELLE.....</td> <td>12</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONVULSION.....</td> <td>13</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FIÈVRE.....</td> <td>14</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOUX, SUFFOCATION, PROBLÈMES RESPIRATOIRES.....</td> <td>15</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GALE.....</td> <td>16</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TEIGNE.....</td> <td>17</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTRES PROBLÈMES DE PEAU.....</td> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTRES.....</td> <td>19</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>(PRÉCISER)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NSP.....</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	PALUDISME.....	01	1°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIARRHÉE.....	02	2°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MALNUTRITION.....	03	3°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROUGEOLE.....	04	4°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANÉMIE.....	05				TÉTANOS.....	06				MÉNINGITE.....	07				ICTÈRE (jaunisse, hépatite, généralement maladies du foie).....	08				MALADIES CARDIAQUES.....	09				TUBERCULOSE.....	10				COQUELUCHE.....	11				VARICELLE.....	12				CONVULSION.....	13				FIÈVRE.....	14				TOUX, SUFFOCATION, PROBLÈMES RESPIRATOIRES.....	15				GALE.....	16				TEIGNE.....	17				AUTRES PROBLÈMES DE PEAU.....	18				AUTRES.....	19					(PRÉCISER)					NSP.....								
PALUDISME.....	01	1°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
DIARRHÉE.....	02	2°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
MALNUTRITION.....	03	3°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
ROUGEOLE.....	04	4°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
ANÉMIE.....	05																																																																																																															
TÉTANOS.....	06																																																																																																															
MÉNINGITE.....	07																																																																																																															
ICTÈRE (jaunisse, hépatite, généralement maladies du foie).....	08																																																																																																															
MALADIES CARDIAQUES.....	09																																																																																																															
TUBERCULOSE.....	10																																																																																																															
COQUELUCHE.....	11																																																																																																															
VARICELLE.....	12																																																																																																															
CONVULSION.....	13																																																																																																															
FIÈVRE.....	14																																																																																																															
TOUX, SUFFOCATION, PROBLÈMES RESPIRATOIRES.....	15																																																																																																															
GALE.....	16																																																																																																															
TEIGNE.....	17																																																																																																															
AUTRES PROBLÈMES DE PEAU.....	18																																																																																																															
AUTRES.....	19																																																																																																															
	(PRÉCISER)																																																																																																															
	NSP.....																																																																																																															
210	<p>Quels sont, par ordre d'importance, vos principaux problèmes pour vous soigner?</p>	<table border="0"> <tr> <td>SERVICES DE SANTÉ INEXISTANTS.....</td> <td>01</td> <td>1°.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SERVICES DE SANTÉ TROP ÉLOIGNÉS.....</td> <td>02</td> <td>2°.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SERV. DE SANTÉ N'OFFRANT PAS TOUS LES SERVICES.....</td> <td>03</td> <td>3°.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CONSULTATIONS TROP CHERES.....</td> <td>04</td> <td>4°.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MAUVAIS ACCUEIL.....</td> <td>05</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MÉDICAMENTS NON DISPONIBLES.....</td> <td>06</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MÉDICAMENTS TROP CHERS.....</td> <td>07</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUCUN.....</td> <td>08</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTRE.....</td> <td>09</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>(PRÉCISER)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NSP.....</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	SERVICES DE SANTÉ INEXISTANTS.....	01	1°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SERVICES DE SANTÉ TROP ÉLOIGNÉS.....	02	2°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SERV. DE SANTÉ N'OFFRANT PAS TOUS LES SERVICES.....	03	3°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONSULTATIONS TROP CHERES.....	04	4°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAUVAIS ACCUEIL.....	05				MÉDICAMENTS NON DISPONIBLES.....	06				MÉDICAMENTS TROP CHERS.....	07				AUCUN.....	08				AUTRE.....	09					(PRÉCISER)					NSP.....																																																										
SERVICES DE SANTÉ INEXISTANTS.....	01	1°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
SERVICES DE SANTÉ TROP ÉLOIGNÉS.....	02	2°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
SERV. DE SANTÉ N'OFFRANT PAS TOUS LES SERVICES.....	03	3°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
CONSULTATIONS TROP CHERES.....	04	4°.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
MAUVAIS ACCUEIL.....	05																																																																																																															
MÉDICAMENTS NON DISPONIBLES.....	06																																																																																																															
MÉDICAMENTS TROP CHERS.....	07																																																																																																															
AUCUN.....	08																																																																																																															
AUTRE.....	09																																																																																																															
	(PRÉCISER)																																																																																																															
	NSP.....																																																																																																															

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE
(A remplir après achèvement de l'interview)

Nom du chef d'équipe: _____ Date: _____