

REPUBLIC OF RWANDA

VISITES D'ENQUÊTRICES/ENQUÊTEURS												
	1	2	3	VISITE FINALE								
DATE				JOUR MOIS ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td>0</td></tr> </table>	2	0	0					
2	0	0										
NOM DE L'ENQUÊTRICE/ ENQUÊTEUR				CODE								
RÉSULTAT*				RÉSULTAT								
PROCHAINE VISITE : DATE				NBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> </table>								
*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 _____ (PRÉCISER)				TOTAL DANS LE MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> N° LIGNE ENQUÊTÉ POUR Q. MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>								
CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLEUSE		CONTRÔLE BUREAU								
NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
DATE _____		DATE _____		<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>								

TABLEAU DE MENAGE

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	STATUT MATRIMONIAL	ADULTE TRÈS MALADE	ÉLIGIBILITÉ			
	S' il vous plait, donnez-moi les noms 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 masculin ou féminin ?	(NOM) vit- il/elle ici habituel- lement ?	(NOM) a- t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ? SI MOINS D'UN AN INSCRIRE '00' SI 95 ANS OU PLUS INSCRIRE '95'.	SI AGE DE 15 ANS ET PLUS Est-ce que (NOM) est actuellement marié(e) ou vit- elle/il avec un homme/femme comme si elle/il était marié(e) ? SI NON : quel est l'état matrimonial de (NOM) ?	SI AGE DE 18-59 ANS SI COL (5)=2 PASSEZ À COL (8). Est-ce que (NOM) a été très malade au moins 3 mois au cours de 12 derniers mois ? Par 'très malade' je veux dire que (NOM) était trop malade pour travailler ou pour assurer ses activités normales à la maison.	ENTO U-RER LE NUMÉ RO DE LIGNE DE TOUTE S LES FEMM ES ÂGÉES DE 15- 49 ANS	VERIFIER SI LE MENAGE EST SELECTIONNE POUR UNE ENQUETE HOMME. SI OUI :	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES ÂGÉS DE 15-59 ANS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(7a)	(7b)	(8)	(9)	(9a)	
			H F	OUI NON	OUI NON	EN ANNÉES	1. MARIE(E)/EN UNION 2. VIT AVEC PARTENAIRE 3. DIVORCE(E) 4. SEPARÉ(E) 5. VEUF(VE) 6. JAMAIS MARIE(E)/EN UNION	OUI NON				
01			1 2	1 2	1 2			1 2	01	01	01	
02			1 2	1 2	1 2			1 2	02	02	02	
03			1 2	1 2	1 2			1 2	03	03	03	
04			1 2	1 2	1 2			1 2	04	04	04	
05			1 2	1 2	1 2			1 2	05	05	05	
06			1 2	1 2	1 2			1 2	06	06	06	
07			1 2	1 2	1 2			1 2	07	07	07	
08			1 2	1 2	1 2			1 2	08	08	08	
09			1 2	1 2	1 2			1 2	09	09	09	
10			1 2	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
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
09 = CO-EPOUSE

10 = AUTRE PARENT
11 = ENFANT DU CONJOINT
12 = ENFANT ADOPTÉ/EN GARDE
13 = SANS PARENTÉ
98 = NE SAIT PAS

N°. LIGNE	POUR PERSONNES DE MOINS DE 18 ANS ** SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS						SI AGE 0-4 ANS	
	SI EN VIE		Est ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie ?	SI EN VIE		DÉCLARATION DE NAISSANCE		
	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie ?	Est-ce que la mère bio- logique de (NOM) vit dans ce ménage ?	SI LA MÈRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE La mère de (NOM) a-t-elle été très malade pendant au moins 3 mois dans le 12 derniers mois ? Par très malade je veux dire qu'elle était trop malade pour travailler ou assurer ses activités normales à la maison pendant au moins 3 mois dans les 12 derniers mois.	Est ce que le père bio- logique de (NOM) vit dans ce ménage ?	SI LE PÈRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE Le père de (NOM) a-t-il été très malade pendant au moins 3 mois dans le 12 derniers mois ? Par très malade je veux dire qu'il était trop malade pour travailler ou assurer ses activités normales à la maison pendant au moins 3 mois dans les 12 derniers mois.	Est-ce que [NOM] a un certificat de naissance ?	Est-ce la naissance de [NOM] a été déclarée à l'état civil ?	
	SI NON OU NSP, ALLEZ À Q. 12	SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE N° DE LIGNE DE LA MÈRE ET ALLER À Q. 12		SI NON OU NSP, ALLEZ À Q. 13b	SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE N° DE LIGNE DU PÈRE ET ALLER À Q. 13b	SI 'OUI' PASSER À Q14		
	(10)	(11)	(11a)	(12)	(13)	(13a)	(13b)	(13c)
01	OUI NON NSP 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	OUI NON NSP 1 2 8	OUI NON NSP 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	OUI NON NSP 1 2 8	OUI NON NSP 1 2 8	OUI NON NSP 1 2 8
02	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8
03	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8
04	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8
05	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8
06	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8
07	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8
08	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8
09	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8
10	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8	<input type="text"/> 1 2 8

** Q. 10 À Q.13b

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.

INSTRUCTION									
N° LIGN E	SI ÂGÉ DE 3 ANS OU PLUS		SI ÂGÉ DE 3-24 ANS						
	(NOM) a-t-il/elle fréquenté 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 achevée à ce niveau? ***	(NOM) fréquente-t-il actuellement l'école ?	Au cours de l'année scolaire actuelle (2005), (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment?	Au cours de l'année scolaire actuelle (2005), à quel niveau et dans quelle classe est (était) (NOM) ?***	Au cours de l'année scolaire précédente (2003-2004), (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment ?	Durant l'année scolaire précédente (2003-2004), à quel niveau et dans quelle classe était (NOM) ? ***		
	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)		
	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	NIVEAU CLASSE		
01	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
02	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
03	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
04	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
05	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
06	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
07	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
08	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
09	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
10	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

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

NIVEAU D'INSTRUCTION :

0 = ÉCOLE MATERNELLE

1 = PRIMAIRE ANCIEN OU NOUVEAU SYSTÈME (6ans)

2 = PRIMAIRE REFORMÉ (8ans)

3 = POST-PRIMAIRE /CERAR /FAMILIAL /CERAI

4 = SECONDAIRE

5 = 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	STATUT MATRIMONIAL	ADULTE TRES MALADE		ÉLIGIBILITÉ		
	S' il vous plait, donnez- moi les noms 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 masculin ou féminin ?	(NOM) vit- il/elle ici habituel- lement ?	(NOM) a-t- il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ? SI MOINS D'UN AN INSCRIRE '00' SI 95 ANS OU PLUS INSCRIRE '95'.	SI AGE DE 15 ANS ET PLUS Est-ce que (NOM) est actuellement marié(e) ou vit- elle/il avec un homme/femme comme si elle/il était marié(e) ? SI NON : quel est l'état matrimonial de (NOM) ?	SI AGE DE 18-59 ANS SI COL (5)=2 PASSEZ À COL (8). Est-ce que (NOM) a été très malade au moins 3 mois au cours de 12 derniers mois ? Par 'très malade' je veux dire que (NOM) était trop malade pour travailler ou pour assurer ses activités normales à la maison.	ENTOU- RER LE NUMÉ- RO DE LIGNE DE TOUTES LES FEMME S ÂGÉES DE 15- 49 ANS	VERIFIER SI LE MENAGE EST SELECTIONNE POUR UNE ENQUETE HOMME. SI OUI : ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS		ENTOU- RER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES ÂGÉS DE 15-59 ANS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(7a)	(7b)	(8)	(9)	(9a)	
			H F	OUI NON	OUI NON	EN ANNÉES	1. MARIE(E)/EN UNION 2. VIT AVEC PARTENAIRE 3. DIVORCE(E) 4. SEPARÉ(E) 5. VEUF(VE) 6. JAMAIS MARIE(E)/EN UNION	OUI NON				
01		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	01	01	01	
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	02	02	02	
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	03	03	03	
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	04	04	04	
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	05	05	05	
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	06	06	06	
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	07	07	07	
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	08	08	08	
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	09	09	09	
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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
09 = CO-EPOUSE

10 = AUTRE PARENT
11 = ENFANT DU CONJOINT
12 = ENFANT ADOPTÉ/EN GARDE
13 = SANS PARENTÉ
98 = NE SAIT PAS

N°. LIGNE	POUR PERSONNES DE MOINS DE 18 ANS ** SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS						SI AGE 0-4 ANS	
	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie ? SI NON OU NSP, ALLER À Q. 12	SI EN VIE		Est-ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie ? SI NON OU NSP, ALLER À Q. 13b	SI EN VIE		DÉCLARATION DE NAISSANCE	
		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 ET ALLER À Q. 12	SI LA MÈRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE La mère de (NOM) a-t-elle été très malade pendant au moins 3 mois dans les 12 derniers mois ? Par très malade je veux dire qu'elle était trop malade pour travailler ou assurer ses activités normales à la maison pendant au moins 3 mois dans les 12 derniers mois.		Est-ce que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage ? SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE N° DE LIGNE DU PÈRE ET ALLER À Q. 13b	SI LE PÈRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE Le père de (NOM) a-t-il été très malade pendant au moins 3 mois dans les 12 derniers mois ? Par très malade je veux dire qu'il était trop malade pour travailler ou assurer ses activités normales à la maison pendant au moins 3 mois dans les 12 derniers mois.	Est-ce que [NOM] a un certificat de naissance ? SI 'OUI' PASSER À Q14	Est-ce la naissance de [NOM] a été déclarée à l'état civil ?
	(10)	(11)	(11a)	(12)	(13)	(13a)	(13b)	(13c)
11	OUI NON NSP 1 2 8		OUI NON NSP 1 2 8	OUI NON NSP 1 2 8		OUI NON NSP 1 2 8	OUI NON NSP 1 2 8	OUI NON NSP 1 2 8
12	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8
13	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8
14	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8
15	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8
16	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8
17	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8
18	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8
19	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8
20	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8

** Q. 10 À Q.13A

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.

INSTRUCTION												
N° LIGN E	SI ÂGÉ DE 3 ANS OU PLUS			SI ÂGÉ DE 3-24 ANS								
	(NOM) a-t-il/elle fréquenté 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 achevée à ce niveau? ***		(NOM) fréquente-t-il l'école ?	Au cours de l'année scolaire actuelle (2005), (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment?		Au cours de l'année scolaire actuelle (2005), à quel niveau et dans quelle classe est (était) (NOM) ?***		Au cours de l'année scolaire précédente (2003-2004), (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment ?		Durant l'année scolaire précédente (2003-2004), à quel niveau et dans quelle classe était (NOM) ? ***	
	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)					
	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	NIVEAU CLASSE					
11	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
12	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
13	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
14	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
15	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
16	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
17	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
18	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
19	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
20	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 L. ALLER 2 À 18	1 ALLER. 2 À 19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

***CODES POUR Q. 15, 18 ET 20
NIVEAU D'INSTRUCTION :
0 = ÉCOLE MATERNELLE
1 = PRIMAIRE ANCIEN OU NOUVEAU SYSTÈME (6ans)
2 = PRIMAIRE REFORMÉ (8ans)
3 = POST-PRIMAIRE /CERAR /FAMILIAL /CERA
4 = SECONDAIRE
5 = SUPÉRIEUR
8 = NE SAIT PAS

CLASSE:
0 = MOINS D'1 ANNÉE ACHEVÉE
8 = NE SAIT PAS

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE <input type="checkbox"/>			
Juste pour être sûr(e) 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 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"/>

	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 11 DANS COUR 12 FONTAINE PUBLIQUE 13 PUIITS OUVERT PUIITS OUVERT DANS LOGEMENT 21 PUIITS OUVERT COUR/PARCELLE 22 PUIITS PUBLIC OUVERT 23 PUIITS COUVERT OU FORAGE PUIITS PROTÉGÉ DANS LE LOGEMENT 31 PUIITS PROTÉGÉ COUR/PARCELLE 32 PUIITS PUBLIC PROTÉGÉ 33 EAU DE SURFACE SOURCE 41 FLEUVE/RIVIÈRE 42 MARE/LAC 43 BARRAGE 44 EAU DE PLUIE 51 CAMION CITERNE 61 EAU EN BOUTEILLE 71 AUTRE 96 (PRÉCISER)	—► 23 —► 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE 996																			
23	Quel genre de toilettes la plupart des membres de votre ménage utilisent?	CHASSE D'EAU 11 FOSSE/LATRINES RUDIMENTAIRES 21 AMÉLIORÉES 22 PAS DE TOILETTES /NATURE 31 AUTRE 96 (PRÉCISER)	—► 25																		
24	Partagez-vous cette installation avec d'autres ménages?	OUI 1 NON 2																			
25	Dans votre ménage, y a-t-il : L'électricité? Une radio? Une télévision? Un téléphone fixe? 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 FIXE</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 FIXE	1	2	RÉFRIGÉRATEUR	1	2	
	OUI	NON																			
ÉLECTRICITÉ	1	2																			
RADIO	1	2																			
TÉLÉVISION	1	2																			
TÉLÉPHONE FIXE	1	2																			
RÉFRIGÉRATEUR	1	2																			
26	Dans votre ménage, quel genre de combustible utilisez-vous principalement pour la cuisine?	ÉLECTRICITÉ 01 GAZ BOUTEILLE/GAZ NATUREL 02 BIOGAZ 03 KÉROSÈNE 04 CHARBON, LIGNITE, TOURBE 05 CHARBON DE BOIS 06 BOIS À BRÛLER, PAILLE 07 BOUSE 08 AUTRE 96 (PRÉCISER)																			

	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À												
27	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE 11 BOUSE 12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BOIS PLANCHES 21 PARMERS/BAMBOUS 22 MATÉRIAU MODERNE PARQUET OU BOIS POLI 31 VINYLE OU LINO/ASPHALTE 32 CARREAUX 33 CIMENT 34 MOQUETTE/CARPET 35 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 une camionnette? Un téléphone mobile ?	OUI NON BICYCLETTE 1 2 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE. 1 2 VOITURE/CAMIONNETTE 1 2 TELEPHONE MOBILE 1 2													
Maintenant je voudrais vous poser quelques questions concernant les moustiquaires.															
29	Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir?	OUI 1 NON 2	→ 35												
29A	Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il? S'IL Y EN A 7 OU PLUS, ENREGISTREZ '7'	NBR. DE MOUSTIQUAIRES <input type="text"/>													
30	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES DANS LE MÉNAGE. SI PLUS DE 4 MOUSTIQUAIRES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MOUSTIQUAIRE 1</th> <th>MOUSTIQUAIRE 2</th> <th>MOUSTIQUAIRE 3</th> <th>MOUSTIQUAIRE 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OBSERVEE 1</td> <td>OBSERVEE 1</td> <td>OBSERVEE 1</td> <td>OBSERVEE 1</td> </tr> <tr> <td>PAS OBSERVEE 2</td> <td>PAS OBSERVEE 2</td> <td>PAS OBSERVEE 2</td> <td>PAS OBSERVEE 2</td> </tr> </tbody> </table>	MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3	MOUSTIQUAIRE 4	OBSERVEE 1	OBSERVEE 1	OBSERVEE 1	OBSERVEE 1	PAS OBSERVEE 2	PAS OBSERVEE 2	PAS OBSERVEE 2	PAS OBSERVEE 2	
MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3	MOUSTIQUAIRE 4												
OBSERVEE 1	OBSERVEE 1	OBSERVEE 1	OBSERVEE 1												
PAS OBSERVEE 2	PAS OBSERVEE 2	PAS OBSERVEE 2	PAS OBSERVEE 2												
31	Depuis combien de temps votre ménage possède-t-il cette moustiquaire ? SI C'EST MOINS D'UN MOIS, INSCRIVEZ '00'	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MOIS <input type="text"/></th> <th>MOIS <input type="text"/></th> <th>MOIS <input type="text"/></th> <th>MOIS <input type="text"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 ANS OU + 96</td> <td>3 ANS OU + 96</td> <td>3 ANS OU + 96</td> <td>3 ANS OU + 96</td> </tr> <tr> <td>NSP 98</td> <td>NSP 98</td> <td>NSP 98</td> <td>NSP 98</td> </tr> </tbody> </table>	MOIS <input type="text"/>	MOIS <input type="text"/>	MOIS <input type="text"/>	MOIS <input type="text"/>	3 ANS OU + 96	3 ANS OU + 96	3 ANS OU + 96	3 ANS OU + 96	NSP 98	NSP 98	NSP 98	NSP 98	
MOIS <input type="text"/>	MOIS <input type="text"/>	MOIS <input type="text"/>	MOIS <input type="text"/>												
3 ANS OU + 96	3 ANS OU + 96	3 ANS OU + 96	3 ANS OU + 96												
NSP 98	NSP 98	NSP 98	NSP 98												
31A	VERIFIER Q. 31 MOUSTIQUAIRE OBTENUE DANS LES 6 MOIS PASSÉS.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>OUI 1</th> <th>OUI 1</th> <th>OUI 1</th> <th>OUI 1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NON 2 PASSER À 32 ◀</td> <td>NON 2 PASSER À 32 ◀</td> <td>NON 2 PASSER À 32 ◀</td> <td>NON 2 PASSER À 32 ◀</td> </tr> </tbody> </table>	OUI 1	OUI 1	OUI 1	OUI 1	NON 2 PASSER À 32 ◀	NON 2 PASSER À 32 ◀	NON 2 PASSER À 32 ◀	NON 2 PASSER À 32 ◀					
OUI 1	OUI 1	OUI 1	OUI 1												
NON 2 PASSER À 32 ◀	NON 2 PASSER À 32 ◀	NON 2 PASSER À 32 ◀	NON 2 PASSER À 32 ◀												

		MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3	MOUSTIQUAIRE 4
31B	Où avez-vous obtenu cette moustiquaire ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV/AGRÉÉ 11 C. DE SANTÉ GOUV/AGRÉÉ 12 AGENT DBC 13 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV/AGRÉÉ 11 C. DE SANTÉ GOUV/AGRÉÉ 12 AGENT DBC 13 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV/AGRÉÉ 11 C. DE SANTÉ GOUV/AGRÉÉ 12 AGENT DBC 13 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV/AGRÉÉ 11 C. DE SANTÉ GOUV/AGRÉÉ 12 AGENT DBC 13 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER)
		SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE ARBEF 24 INFIRMERIE 25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 26 (PRÉCISER)	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE ARBEF 24 INFIRMERIE 25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 26 (PRÉCISER)	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE ARBEF 24 INFIRMERIE 25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 26 (PRÉCISER)	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE ARBEF 24 INFIRMERIE 25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 26 (PRÉCISER)
		AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOS /MARCHE 31 ÉGLISE 32 PARENTS/AMIS 33 AUTRE 96 (PRÉCISER)	AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOS /MARCHE 31 ÉGLISE 32 PARENTS/AMIS 33 AUTRE 96 (PRÉCISER)	AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOS /MARCHE 31 ÉGLISE 32 PARENTS/AMIS 33 AUTRE 96 (PRÉCISER)	AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOS /MARCHE 31 ÉGLISE 32 PARENTS/AMIS 33 AUTRE 96 (PRÉCISER)
31C	A combien avez-vous acheté cette moustiquaire ?	PRIX : <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> GRATUIT 9996 NE SAIS PAS 9998	PRIX : <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> GRATUIT 9996 NE SAIS PAS 9998	PRIX : <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> GRATUIT 9996 NE SAIS PAS 9998	PRIX : <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> GRATUIT 9996 NE SAIS PAS 9998
32	OBSERVER OU DEMANDER LA MARQUE DE LA MOUSTIQUAIRE.	MOUSTIQUAIRE PERMANENTE ¹ PERMANET (TUZANET, MAMANET, ETC) ... 11 OLYSET 12 AUTRE 16 NSP MARQUE 18 (PASSER À 32D) <	MOUSTIQUAIRE PERMANENTE PERMANET (TUZANET, MAMANET, ETC) ... 11 OLYSET 12 AUTRE 16 NSP MARQUE 18 (PASSER À 32D) <	MOUSTIQUAIRE PERMANENTE PERMANET (TUZANET, MAMANET, ETC) ... 11 OLYSET 12 AUTRE 16 NSP MARQUE 18 (PASSER À 32D) <	MOUSTIQUAIRE PERMANENTE PERMANET (TUZANET, MAMANET, ETC) ... 11 OLYSET 12 AUTRE 16 NSP MARQUE 18 (PASSER À 32D) <
		MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE ² SUPANET 21 AUTRE 22 NSP MARQUE 28 AUTRE 31 NSP/PAS SÛR 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE SUPANET 21 AUTRE 22 NSP MARQUE 28 AUTRE 31 NSP/PAS SÛR 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE SUPANET 21 AUTRE 22 NSP MARQUE 28 AUTRE 31 NSP/PAS SÛR 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE SUPANET 21 AUTRE 22 NSP MARQUE 28 AUTRE 31 NSP/PAS SÛR 98
32A	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle traitée avec un insecticide pour tuer ou éloigner les moustiques?	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8

¹ Moustiquaire permanente indique que la moustiquaire est imprégnée de manière permanente.

² Moustiquaire imprégnée indique que la moustiquaire a été imprégnée mais qu'elle doit à nouveau l'être au bout de 6 à 12 mois.

32B	Depuis que vous avez la moustiquaire, a-t-elle été trempée ou plongée dans un liquide pour éloigner les moustiques ou les insectes ?	OUI1 NON2 (PASSER À 32D) <— PAS SÛR8	OUI1 NON2 (PASSER À 32D) <— PAS SÛR8	OUI1 NON2 (PASSER À 32D) <— PAS SÛR8	OUI1 NON2 (PASSER À 32D) <— PAS SÛR8
32C	Combien de temps s'est-il écoulé depuis que la moustiquaire a été trempée ou plongée dans un liquide insecticide pour la dernière fois ? SI MOINS DE 1 MOIS, ENREGISTRER '00'.	MOIS 3 ANS OU + 96 PAS SÛR/NSP 98	MOIS 3 ANS OU + 96 PAS SÛR/NSP 98	MOIS 3 ANS OU + 96 PAS SÛR/NSP 98	MOIS 3 ANS OU + 96 PAS SÛR/NSP 98
32D	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI1 NON2 (PASSER À 32F) <— PAS SÛR8	OUI1 NON2 (PASSER À 32F) <— PAS SÛR8	OUI1 NON2 (PASSER À 32F) <— PAS SÛR8	OUI1 NON2 (PASSER À 32F) <— PAS SÛR8
32E	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ? REPORTER LE NUMERO DE LIGNE A PARTIR DU TABLEAU DE MÉNAGE.	NOM No DE LIGNE NOM No DE LIGNE NOM No DE LIGNE NOM No DE LIGNE NOM No DE LIGNE	NOM No DE LIGNE NOM No DE LIGNE NOM No DE LIGNE NOM No DE LIGNE	NOM No DE LIGNE NOM No DE LIGNE NOM No DE LIGNE NOM No DE LIGNE	NOM No DE LIGNE NOM No DE LIGNE NOM No DE LIGNE NOM No DE LIGNE
32F	RETOURNEZ À Q. 30 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS AUCUNE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, ALLER À 35.				
35	DEMANDER À L'ENQUÊTÉE UNE CUILLERÉE DU SEL UTILISÉ POUR LES BESOINS DU MÉNAGE, ENSUITE TESTER LE SEL POUR VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'IODE. ENREGISTRER LES PPM (PARTS PAR MILLION).	0 PPM (PAS DE COULEUR) 1 <15 PPM 2 >15 PPM 3 PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE 4 SEL NON-TESTÉ 5 (SI LE SEL N'A PAS ÉTÉ TESTÉ, DONNER LA RAISON)			

C1. SUPPORT POUR LES PERSONNES TRES MALADES

101	VÉRIFIEZ LA COLONNE 7b DU TABLEAU MÉNAGE NOMBRE DE MEMBRES MALADES DE 18-59 ANS <input type="text"/> <input type="text"/>			
	AU MOINS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/> 201			
102	INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU (Q103) LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE CHAQUE PERSONNE MALADE DE 18-59 ANS, EN COMMENÇANT PAR LA PREMIÈRE PERSONNE MALADE LISTÉE DANS LE TABLEAU MÉNAGE. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES PERSONNES. S'IL Y A PLUS DE 3 PERSONNES MALADES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL.			
103	ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DU MALADE MEMBRE HABITUEL DU TABLEAU MÉNAGE NOM No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	1 ^{ère} PERS. MALADE NOM No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	2 ^e PERS. MALADE NOM No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	3 ^e PERS. MALADE NOM No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
104	Vous m'avez dit que dans votre ménage, (NOM DE CHAQUE PERSONNE MALADE À Q103) a été très malade pendant, au moins, 3 mois dans les 12 derniers mois. J'aimerais vous poser des questions à propos de n'importe quel type d'aide ou de support organisé que votre ménage a pu recevoir pour [ce/chacun de ces] malade(s) et pour lequel vous n'avez pas payé. Par aide ou support organisé, je veux dire une aide ou du support fourni par quelqu'un qui travaille pour un programme, que ce soit du gouvernement, du secteur privé, religieux, d'un organisme de bienfaisance ou d'un programme à base communautaire.			
105	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur le support que votre ménage a reçu pour (NOM) Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support médical pour (NOM), comme des soins, des fournitures ou des médicaments pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 107) <input type="checkbox"/> NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 107) <input type="checkbox"/> NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 107) <input type="checkbox"/> NSP 8
106	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au moins une fois par mois pendant que (NOM) était malade?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
107	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support émotionnel ou psychologique pour (NOM), comme de la compagnie, des conseils d'un conseiller formé ou du support spirituel, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 109) <input type="checkbox"/> NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 109) <input type="checkbox"/> NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 109) <input type="checkbox"/> NSP 8
108	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 30 derniers jours?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
109	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support matériel pour (NOM) comme des vêtements, de la nourriture ou un support financier pour lequel vous n'avez pas payé.	OUI 1 NON 2 (PASSER À 111) <input type="checkbox"/> NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 111) <input type="checkbox"/> NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 111) <input type="checkbox"/> NSP 8
110	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 30 derniers jours?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
111	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support social pour (NOM) comme de l'aide à la maison, une formation pour donner des soins ou de l'assistance pour des démarches administratives, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 113) <input type="checkbox"/> NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 113) <input type="checkbox"/> NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 113) <input type="checkbox"/> NSP 8
112	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 30 derniers jours?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
113	Au cours des 30 derniers jours, (NOM) a-t-il/elle souffert beaucoup, un peu ou pas du tout?	BEAUCOUP ... 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . 3 (PASSER À 115) <input type="checkbox"/>	BEAUCOUP ... 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . 3 (PASSER À 115) <input type="checkbox"/>	BEAUCOUP ... 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . 3 (PASSER À 115) <input type="checkbox"/>
114	Quand (NOM) souffrait, a-t-il/elle pu diminuer ou stopper la douleur, la plupart du temps, parfois, ou jamais?	PLUPART ... 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	PLUPART ... 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	PLUPART ... 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3
115	Au cours des 30 derniers jours, (NOM) a-t-il/elle souffert de nausées, de la toux, de diarrhée ou de constipation? SI OUI: (NOM) a-t-il/elle souffert beaucoup ou un peu?	BEAUCOUP ... 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . 3 (PASSER À 117) <input type="checkbox"/>	BEAUCOUP ... 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . 3 (PASSER À 117) <input type="checkbox"/>	BEAUCOUP ... 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . 3 (PASSER À 117) <input type="checkbox"/>
116	(NOM) a-t-il/elle pu diminuer ou stopper (la nausée/toux/diarrhée/constipation) la plupart du temps, parfois, ou jamais?	PLUPART ... 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	PLUPART ... 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	PLUPART ... 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3
117	RETOURNEZ À 105 POUR LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE PERSONNES MALADES, ALLEZ À 201.			

C2. SUPPORT POUR LES PERSONNES DÉCÉDÉES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Je voudrais vous poser maintenant quelques questions de plus sur votre ménage. Pensez aux 12 derniers mois. Est-ce qu'un membre habituel de votre ménage est décédé au cours des 12 derniers mois?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 301 → 301
202	Combien de membres de votre ménage sont décédés au cours des 12 derniers mois?	NBRE DE PERSONNES <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
203	POSER 204-221 POUR CHAQUE PERSONNE, UNE APRES L'AUTRE. SI PLUS DE 3, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL.		
204	Quel était le nom de la personne qui est décédée (le plus récemment) (avant lui/elle)?	NOM 1 ^{er} DECÈS	NOM 2 ^e DECÈS
205	(NOM) était-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2
206	Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédée?	ÂGE <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	ÂGE <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
207	Est-ce qu'au cours des 12 derniers mois avant son décès, (NOM) a été très malade pendant au moins 3 mois? Par très malade, je veux dire trop malade pour travailler ou assurer ses activités normales à la maison pendant 3 mois dans les 12 derniers mois?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 222) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 222) ← NSP 8
208	VÉRIFIER 206: AGE DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE	<18 ou >59 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> (PASSER À 222) ← 18-59 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<18 ou >59 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> (PASSER À 222) ← 18-59 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
209	J'aimerais vous poser des questions à propos de n'importe quel type d'aide ou de support organisé que votre ménage a pu recevoir pour [NOM] avant son décès et pour lequel vous n'avez pas payé. Par aide ou support organisé, je veux dire une aide ou du support fourni par quelqu'un qui travaille pour un programme, que ce soit du gouvernement, du secteur privé, religieux, d'un organisme de bienfaisance ou d'un programme à base communautaire.		
210	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support médical pour (NOM), comme des soins, des fournitures ou des médicaments pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 212) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 212) ← NSP 8
211	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au moins une fois par mois pendant que (NOM) était malade?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
212	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support émotionnel ou psychologique pour (NOM), comme de la compagnie, des conseils d'un conseiller formé ou du support spirituel, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 214) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 214) ← NSP 8
213	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 30 derniers jours ayant précédé le décès de (NOM)?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
214	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support matériel pour (NOM) comme des vêtements, de la nourriture ou un support financier pour lequel vous n'avez pas payé.	OUI 1 NON 2 (PASSER À 216) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 216) ← NSP 8
215	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports dans les 30 jours ayant précédé le décès de (NOM)?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
216	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support social pour (NOM) comme de l'aide à la maison, une formation pour donner des soins ou de l'assistance pour des démarches administratives, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 218) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 218) ← NSP 8
217	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports dans les 30 jours ayant précédé le décès de (NOM)?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8

		NOM 1 ^{er} DÉCÈS	NOM 2 ^e DÉCÈS	NOM 3 ^e DÉCÈS
		_____	_____	_____
218	Au cours des 30 jours avant que (NOM) ne décède, a-t-il/elle souffert beaucoup, un peu ou pas du tout?	BEAUCOUP . . . 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . . 3 (PASSER À 220) ↙	BEAUCOUP . . . 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . . 3 (PASSER À 220) ↙	BEAUCOUP . . . 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . . 3 (PASSER À 220) ↙
219	Quand (NOM) souffrait, a-t-il/elle pu diminuer ou stopper la douleur, la plupart du temps, parfois ou jamais?	PLUPART . . . 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	PLUPART . . . 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	PLUPART . . . 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3
220	Au cours des 30 jours avant que (NOM) ne décède, a-t-il/elle souffert de nausées, de la toux, de diarrhée ou de constipation? SI OUI: (NOM) a-t-il/elle souffert beaucoup ou un peu?	BEAUCOUP . . . 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . . 3 (PASSER À 222) ↙	BEAUCOUP . . . 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . . 3 (PASSER À 222) ↙	BEAUCOUP . . . 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . . 3 (PASSER À 222) ↙
221	(NOM) a-t-il/elle pu diminuer ou stopper (la nausée/toux/diarrhée/constipation) la plupart du temps, parfois, ou jamais?	PLUPART . . . 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	PLUPART . . . 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	PLUPART . . . 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3
222	RETOURNEZ À 204 POUR LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE PERSONNES DÉCÉDÉES, ALLEZ À 301.			

C3. SUPPORT POUR LES ENFANTS ORPHELINS ET VULNÉRABLES

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																																
301	<p>VÉRIFIEZ À LA COLONNE 7 DU TABLEAU MÉNAGE : Y A-T-IL UN ENFANT DE 0-17 ANS?</p> <p>AU MOINS UN ENFANT 0-17 ANS <input type="checkbox"/></p>	<p>AUCUN ENFANT 0-17 ANS <input type="checkbox"/></p>	→ 35A																																
302	<p>VÉRIFIEZ À LA COLONNE 7 DU TABLEAU MÉNAGE : Y A-T-IL UN ADULTE DE 18-59 ANS?</p> <p>AU MOINS UN ADULTE 18-59 ANS <input type="checkbox"/></p>	<p>AUCUN ADULTE 18-59 ANS <input type="checkbox"/></p>	→ 307																																
303	<p>VÉRIFIEZ À LA COLONNE 7b DU TABLEAU MÉNAGE: Y A-T-IL UN ADULTE DE 18-59 ANS QUI EST MALADE?</p> <p>PAS UN SEUL "OUI" À COLONNE 7b <input type="checkbox"/></p>	<p>AU MOINS UN "OUI" À COLONNE 7b <input type="checkbox"/></p>	→ 307																																
304	<p>VÉRIFIEZ 206 À LA SECTION C2: Y A-T-IL UN ADULTE DE 18-59 ANS DÉCÉDÉ DANS LES 12 DERNIERS MOIS?</p> <p>AUCUN DE 18-59 ANS À 206 <input type="checkbox"/></p>	<p>AU MOINS UN ADULTE DE 18-59 ANS À 206 <input type="checkbox"/></p>	→ 307																																
305	<p>VÉRIFIEZ LES COLONNES 10 ET 12 DANS LE TABLEAU MÉNAGE: MÈRE OU PÈRE EN VIE?</p> <p>Q10= 1 ET Q12=1 <input type="checkbox"/></p>	<p>Q10=2 OU Q12=2 OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/></p>	→ 307																																
306	<p>VÉRIFIEZ LES COLONNES 11A ET 13A DU TABLEAU MÉNAGE: MÈRE OU PÈRE TRÈS MALADE?</p> <p>AU MOINS UN "OUI" À 11a OU 13a <input type="checkbox"/></p>	<p>AUCUN OUI À 11a OU 13a <input type="checkbox"/></p>	→ 35A																																
307	<p>FAITES LA LISTE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-17 ANS QUI SONT MEMBRES DU MÉNAGE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">1)</td> <td style="width: 20%;">NUMÉRO LIGNE <input type="text"/></td> <td style="width: 20%;">NOM <input type="text"/></td> <td style="width: 20%;">ÂGE <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2)</td> <td>NUMÉRO LIGNE <input type="text"/></td> <td>NOM <input type="text"/></td> <td>ÂGE <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>3)</td> <td>NUMÉRO LIGNE <input type="text"/></td> <td>NOM <input type="text"/></td> <td>ÂGE <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>4)</td> <td>NUMÉRO LIGNE <input type="text"/></td> <td>NOM <input type="text"/></td> <td>ÂGE <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>5)</td> <td>NUMÉRO LIGNE <input type="text"/></td> <td>NOM <input type="text"/></td> <td>ÂGE <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>6)</td> <td>NUMÉRO LIGNE <input type="text"/></td> <td>NOM <input type="text"/></td> <td>ÂGE <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>7)</td> <td>NUMÉRO LIGNE <input type="text"/></td> <td>NOM <input type="text"/></td> <td>ÂGE <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>8)</td> <td>NUMÉRO LIGNE <input type="text"/></td> <td>NOM <input type="text"/></td> <td>ÂGE <input type="text"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">SI VOUS DEVEZ INSCRIRE PLUS DE 8 ENFANTS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL.</p>			1)	NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>	2)	NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>	3)	NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>	4)	NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>	5)	NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>	6)	NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>	7)	NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>	8)	NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>
1)	NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>																																
2)	NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>																																
3)	NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>																																
4)	NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>																																
5)	NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>																																
6)	NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>																																
7)	NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>																																
8)	NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>																																

308	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE CHAQUE ENFANT LISTÉ À Q.307, EN COMMENÇANT PAR LE PREMIER ENFANT DE LA LISTE. POSEZ LES QUESTIONS SUR CHACUN DE CES ENFANTS. S'IL Y A PLUS DE 8 ENFANTS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL.				
309	NUMÉRO DE LIGNE ET NOM DE 307	1 ^{er} ENFANT NOM _____ No LIGNE <input type="text"/>	2 ^e ENFANT NOM _____ No LIGNE <input type="text"/>	3 ^e ENFANT NOM _____ No LIGNE <input type="text"/>	4 ^e ENFANT NOM _____ No LIGNE <input type="text"/>
310	J'aimerais vous poser des questions à propos de n'importe quel type d'aide ou de support organisé que votre ménage a pu recevoir pour [NOM DE CHAQUE ENFANT DE 309] et pour lequel vous n'avez pas payé. Par aide ou support organisé, je veux dire une aide ou du support fourni par quelqu'un qui travaille pour un programme, que ce soit du gouvernement, du secteur privé, religieux, d'un organisme de bienfaisance ou d'un programme à base communautaire.				
311	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur le support que votre ménage a reçu pour (NOM). Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support médical pour (NOM) comme des soins, des fournitures ou des médicaments, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
312	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support émotionnel ou psychologique pour (NOM) comme de la compagnie, des conseils d'un d'un conseiller formé, ou du support spirituel, que vous avez reçu à la maison et pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 314) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 314) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 314) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 314) ← NSP 8
313	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
314	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support matériel pour (NOM) comme des vêtements, de la nourriture ou un support financier, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 316) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 316) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 316) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 316) ← NSP 8
315	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
316	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support social pour (NOM) comme de l'aide à la maison, une formation pour donner des soins ou une assistance pour des démarches administratives pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 318) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 318) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 318) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 318) ← NSP 8
317	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
318	VÉRIFIEZ 307: ÂGE DE L'ENFANT	ÂGE 0-4 <input type="text"/> (PASSER À 320) ← ÂGE 5-17 <input type="text"/>	ÂGE 0-4 <input type="text"/> (PASSER À 320) ← ÂGE 5-17 <input type="text"/>	ÂGE 0-4 <input type="text"/> (PASSER À 320) ← ÂGE 5-17 <input type="text"/>	ÂGE 0-4 <input type="text"/> (PASSER À 320) ← ÂGE 5-17 <input type="text"/>
319	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support pour la scolarité de (NOM) comme une bourse, une inscription gratuite, des livres ou des fournitures, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
320	RETOURNEZ À 311 POUR LA COLONNE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, CONTINUEZ AVEC L'ENQUÊTE INDIVIDUELLE DE LA PERSONNE ÉLIGIBLE.				

309	NUMÉRO DE LIGNE ET NOM DE 307	5° ENFANT NOM _____ No <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	6° ENFANT NOM _____ No <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	7° ENFANT NOM _____ No <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	8° ENFANT NOM _____ No <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
310	J'aimerais vous poser des questions à propos de n'importe quel type d'aide ou de support organisé que votre ménage a pu recevoir pour [NOM DE CHAQUE ENFANT DE 309] et pour lequel vous n'avez pas payé. Par aide ou support organisé, je veux dire une aide ou du support fourni par quelqu'un qui travaille pour un programme, que ce soit du gouvernement, du secteur privé, religieux, d'un organisme de bienfaisance ou d'un programme à base communautaire.				
311	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur le support que votre ménage a reçu pour (NOM). Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support médical pour (NOM) comme des soins, des fournitures ou des médicaments, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
312	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support émotionnel ou psychologique pour (NOM) comme de la compagnie, des conseils d'un d'un conseiller formé, ou du support spirituel, que vous avez reçu à la maison et pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 314) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 314) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 314) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 314) ← NSP 8
313	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
314	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support matériel pour (NOM) comme des vêtements, de la nourriture ou un support financier, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 316) ← NSP 8	YES 1 NO 2 (PASSER À 316) ← NSP 8	YES 1 NO 2 (PASSER À 316) ← NSP 8	YES 1 NO 2 (PASSER À 316) ← NSP 8
315	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
316	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support social pour (NOM) comme de l'aide à la maison, une formation pour donner des soins ou une assistance pour des démarches administratives pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 318) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 318) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 318) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 318) ← NSP 8
317	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
318	VÉRIFIEZ 307: ÂGE DE L'ENFANT	ÂGE 0-4 <input type="text"/> (PASSER À 320) ← ÂGE 5-17 <input type="text"/>	ÂGE 0-4 <input type="text"/> (PASSER À 320) ← ÂGE 5-17 <input type="text"/>	ÂGE 0-4 <input type="text"/> (PASSER À 320) ← ÂGE 5-17 <input type="text"/>	ÂGE 0-4 <input type="text"/> (PASSER À 320) ← ÂGE 5-17 <input type="text"/>
319	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support pour la scolarité de (NOM) comme une bourse, une inscription gratuite, des livres ou des fournitures, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
320	RETOURNEZ À 311 POUR LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, CONTINUEZ AVEC L'ENQUÊTE INDIVIDUELLE DE L'ENQUÊTÉ ÉLIGIBLE.				

Q. 35A

**À N'UTILISER QUE SI LES QUESTIONS SUR LES « RELATIONS DANS LE MÉNAGE »
(LA SECTION X, FEMME) SONT PRÉVUES 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 suivant, 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

- 1- Dans le tableau, inscrire le nom, l'âge et 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.**
- 2- Prenez le dernier chiffre du numéro de structure inscrit sur la page de couverture du questionnaire et encerclez le chiffre correspondant dans la première ligne du tableau suivant. Descendez la colonne identifiée par ce chiffre jusqu'à la ligne correspondant à la dernière femme enregistrée dans le tableau. Encerclez le chiffre correspondant au croisement de cette colonne et de cette ligne.**
- 3- Ce chiffre vous donne le numéro d'ordre de la femme sélectionnée pour la section X du questionnaire femme (la 1ère, 2è, 3è, etc...femme listée). Encerclez alors dans le tableau le NUMÉRO DE LIGNE de cette femme sélectionnée.**

Numéro d'ordre	Nom de la femme	Age de la femme	Numéro de ligne du tableau ménage	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1 ^{ère}				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2 ^e				2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
3 ^e				1	2	3	1	2	3	1	2	3	1
4 ^e				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
5 ^e				4	5	1	2	3	4	5	1	2	3
6 ^e				4	5	6	1	2	3	4	5	6	1
7 ^e				3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
8 ^e				3	4	5	6	7	8	1	2	3	4
9 ^e				2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
10 ^e				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

TABLEAU D'ANTHROPOMETRIE/HÉMOGLOBINE POUR FEMMES ET ENFANTS

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)	Quelle est la date de naissance de (NOM) ? *	POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉE 2 ABSENTE 3 REFUS 4 PROB TECH 6 AUTRE
(36)	(37)	(38)	(39)	(40)	(41)	(42)	(43)
		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"/>		<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 2000 OU APRES			
N° DE LIGNE DE LA COL.(9)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(7)	Quelle est la date de naissance de (NOM) ? *	POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 4 PROB TECH 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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE ☐

* POUR LES ENFANTS NON INCLUS DANS AUCUNE DES SECTIONS 2 SUR REPRODUCTION (ORPHELINS, ENFANTS ADOPTÉS, ETC.), DEMANDER LE JOUR, LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA NAISSANCE. POUR TOUS LES AUTRES ENFANTS, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA Q.215 DANS LA SECTION 2 DE LEUR MÈRE ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE.

• **DÉCLARATION POUR LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR L'ANÉMIE POUR LES ENFANTS**

Dans cette enquête, nous voulons mesurer le niveau de l'anémie chez les femmes, les hommes et les enfants moins de 6 ans. L'anémie est un 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 demandons que tous les enfants nés en 2000 ou après participent au test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt (ou le talon si l'enfant a moins de 6 mois). Pour prélever ces gouttes on utilisera des instruments neufs, stériles et non réutilisables. Les résultats vous seront communiqués immédiatement après la prise de sang et ensuite gardés toujours confidentiels.

Avez-vous des questions ?

Maintenant, acceptez-vous que (NOM DES ENFANTS) participent à ce test d'anémie?

PASSEZ À LA COLONNE (45) ET ENCELEZ LE CODE APPROPRIÉ.

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS NÉS EN 2000 OU APRES			
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 (ci-dessus) * ENCELER CODE (ET SIGNER)	NIVEAU D'HÉMOGLO-BINE (G/DL)	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 4 PROB TECH 6 AUTRE (PRÉCISER)
(44)	(45)	(46)	(47)
<div><div></div><div></div></div>	<div> <div>ACCORDÉ</div> <div>REFUSÉ OU NON LU</div> <div>1 ↓ SIGNER _____</div> <div>2 ↓ PASSER À 47 ◀</div> </div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>
<div><div></div><div></div></div>	<div> <div>ACCORDÉ</div> <div>REFUSÉ OU NON LU</div> <div>1 ↓ SIGNER _____</div> <div>2 ↓ PASSER À 47 ◀</div> </div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>
<div><div></div><div></div></div>	<div> <div>ACCORDÉ</div> <div>REFUSÉ OU NON LU</div> <div>1 ↓ SIGNER _____</div> <div>2 ↓ PASSER À 47 ◀</div> </div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>
<div><div></div><div></div></div>	<div> <div>ACCORDÉ</div> <div>REFUSÉ OU NON LU</div> <div>1 ↓ SIGNER _____</div> <div>2 ↓ PASSER À 47 ◀</div> </div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>
<div><div></div><div></div></div>	<div> <div>ACCORDÉ</div> <div>REFUSÉ OU NON LU</div> <div>1 ↓ SIGNER _____</div> <div>2 ↓ PASSER À 47 ◀</div> </div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>
<div><div></div><div></div></div>	<div> <div>ACCORDÉ</div> <div>REFUSÉ OU NON LU</div> <div>1 ↓ SIGNER _____</div> <div>2 ↓ PASSER À 47 ◀</div> </div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div></div>

Demande pour consentements éclairés pour les tests de l'anémie et du VIH

INTRODUCTION

Dans le cadre de cette enquête, nous mesurons le niveau d'anémie chez les femmes, les hommes, et les enfants. L'anémie est un problème de santé qui est dû normalement 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 faisons aussi une étude de VIH. Vous savez, peut être, que le VIH est le virus qui cause le SIDA. Nous sommes entrain de mener le test de VIH pour mesurer la gravité du problème du VIH/SIDA au Rwanda.

1. CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LE TEST ANÉMIE

Nous vous demandons de participer au test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang de votre doigt. Pour prélever ces gouttes on utilisera des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Les résultats du test seront communiqués immédiatement après la prise de sang. Ces résultats seront gardés confidentiels.

Avez-vous des questions?

Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ce test d'anémie?

PASSER À LA COLONNE (55a) ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ (ET SIGNER).

SI L'ENQUÊTÉ(E) A L'ÂGE 15-17, DEMANDER D'ABORD LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PARENT/PERSONNE RESPONSABLE :

Maintenant, acceptiez- vous que (NOM DU JEUNE) participe à ce test d'anémie?

ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ (ET SIGNER) À LA COLONNE (54a). SI LE PARENT/PERSONNE RESPONSABLE EST D'ACCORD, LISEZ LE TEXTE CI-DESSUS AU JEUNE POUR DEMANDER SON CONSENTEMENT. ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ (ET SIGNER) À LA COLONNE (55a).

2. CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LE TEST VIH

Pour le test de VIH, nous invitons toutes les femmes et tous les hommes éligibles de tout le pays à donner quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes on utilisera des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables.

Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner vos résultats du test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, je vais vous remettre une fiche de référence pour vous rendre dans un Centre de Prévention et Dépistage Volontaire pour un test gratuit.

Avez-vous des questions?

Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ce test de VIH?

PASSER À LA COLONNE (55b) ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ (ET SIGNER).

SI L'ENQUÊTÉ(E) A L'ÂGE 15-17, DEMANDER D'ABORD LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PARENT/PERSONNE RESPONSABLE :

Maintenant, est-ce vous acceptiez que (NOM DU JEUNE) participe à ce test De VIH?

ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ (ET SIGNER) À LA COLONNE (54b). SI LE PARENT/ ADULTE RESPONSABLE EST D'ACCORD, LISEZ LE TEXTE CI-DESSUS AU JEUNE POUR DEMANDER SON CONSENTEMENT. ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ (ET SIGNER) À LA COLONNE (55b).

N'OUBLIEZ PAS DE DONNER À CHAQUE PERSONNE ÉLIGIBLE UN COUPON POUR UN TEST ET CONSEILS VOLONTAIRE GRATUIT À UN CPDV.

TABEAU D'HÉMOGLOBINE/VIH POUR ADULTES

Nombre total de prélèvements: _____

VÉRIFIER LES COLONNES (8) ET (9A) DU TABLEAU DE MÉNAGE : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, LE SEXE ET L'ÂGE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ET LES HOMMES DE 15-59 ANS. CETTE FICHE DOIT ÊTRE DÉTRUITE AU BUREAU AVANT QUE LES RÉSULTATS DU TEST SOIENT RELIÉS À LA BASE DES DONNÉES DE L'EDSR III.

No DE LIGNE DE LA COL (8) OU DE LA COL (9A)	NOM DE LA COL (2)	SEXE DE LA COL (4)	ÂGE DE LA COL (7)	VÉRIFIER L'ÂGE DANS LA COLONNE (51)	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONS ABLE ENREG '00' SI PAS DANS LE QUEST. MÉNAGE	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT OU À L'ADULTE RESPONSABLE ENCERCLER LE CODE (ET SIGNER)	LIRE LE CONSENTEMENT À LA FEMME/ L'HOMME OU AU JEUNE ENCERCLER LE CODE (ET SIGNER) SI 54a = 1, LIRE CONSENTEMENT 55a. SI 54b = 1, LIRE CONSENTEMENT 55b. SI 55a ET 55b NEGALENT PAS 1, ALLER À 58.	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE (G/DL)	FEMMES ACTUELLE- MENT ENCEINTE	RÉSULTAT DE L'ANÉMIE 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 4 PROB. TECH. 6 AUTRE (PRÉCISER)	RÉSULTAT DU VIH 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 4 PROB. TECH. 6 AUTRE (PRÉCISER)	ÉTIQUETER CODES À BARRES 5 GOUTTES du sang: 1° goutte essuyée; 2° , 3° , 4° gouttes sont prélevées pour le VIH 5° (dernière) goutte est prélevée pour le test d'anémie.
(48)	(49)	(50)	(51)	(52)	(53)	a b (54)	a b (55)	(56)	(57)	(58)	(59)	(60)
<div>12</div>	NOM	H F 1 2	ÂGE ANNÉES <div>12</div>	ÂGE 15-17 18+ 1 2 ↓ PASSER A 55	<div>12</div>	CONSENTE- MENT POUR LE TEST ANÉMIE ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 PAS LU 3 SIGNER R : _____	CONSENTE- MENT POUR LE TEST ANÉMIE ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 PAS LU 3 SIGNER R : _____	SI 55a NEGALE PAS 1, PASSER À 58. <div>12</div>	OUI 1 NON 2 NSP 3	<div>12</div>	<div>12</div>	COLLER LA 1ère CODE BARRE ICI COLLER LA 2e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ(E), ET LA 3° SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS
<div>12</div>		1 2	<div>12</div>	1 2 ↓ PASSER A 55	<div>12</div>	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 PAS LU 3 SIGNER R : _____	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 PAS LU 3 SIGNER R : _____	SI 55a NEGALE PAS 1, PASSER À 58. <div>12</div>	OUI 1 NON 2 NSP 3	<div>12</div>	<div>12</div>	COLLER LA 1ère CODE BARRE ICI COLLER LA 2e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ(E), ET LA 3° SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS
<div>12</div>		1 2	<div>12</div>	1 2 ↓ PASSER A 55	<div>12</div>	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 PAS LU 3 SIGNER R : _____	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 PAS LU 3 SIGNER R : _____	SI 55a NEGALE PAS 1, PASSER À 58. <div>12</div>	OUI 1 NON 2 NSP 3	<div>12</div>	<div>12</div>	COLLER LA 1ère CODE BARRE ICI COLLER LA 2e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ(E), ET LA 3° SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS

No DE LIGNE DE LA COL.(8) OU DE LA COL.(9A)	NOM DE LA COL.(2)	SEXE DE LA COL.(4)	ÂGE DE LA COL.(7)	VÉRIFIER L'ÂGE DANS LA COLONNE (51)	N° DE LIGNE DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE ENREG '00' SI PAS DANS LE QUEST. MENAGE	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE ENREG (ET SIGNER)	LIRE LE CONSENTEMENT À LA FEMME/L'HOMME OU AU JEUNE ENREG (ET SIGNER)	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE (G/DL)	FEMMES ACTUELLE-MENT ENCEINTE	RESULTAT DE L'ANALYSE DE L'ÉCHANTILLON 1. ASSURÉ 2. REFUS 3. REFUS TECH 4. PROB 6 AUTRE (PRÉCISER)	RESULTAT DE L'ANALYSE DE L'ÉCHANTILLON 1. ASSURÉ 2. REFUS 3. REFUS TECH 4. PROB 6 AUTRE (PRÉCISER)	ÉTIQUETER CODES À BARRES 5 GOUTTES du sang: 1 ^{re} goutte essuyée; 2 ^e , 3 ^e , 4 ^e gouttes sont prélevées pour le VIH 5 ^e (dernière) goutte est prélevée pour le test d'anémie.
(48)	(49)	(50)	(51)	(52)	(53)	(54)	(55)	(56)	(57)	(58)	(59)	(60)
	NOM	H F 1 2	ÂGE ANNÉES 1 2 15-17 18+ ↓ PASSER A 55			CONSENTE- MENT POUR LE TEST ANÉMIE	CONSENTE- MENT POUR LE TEST ANÉMIE	SI 55a NÉGALE PAS 1, PASSER À 58. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLLER LA 1 ^{ère} CODE BARRE ICI COLLER LA 2 ^e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ÉTIQUETTE(E) ET LA 3 ^e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLEVEMENTS
		1 2	1 2 ↓ PASSER A 55			CONSENTE- MENT POUR LE TEST VIH	CONSENTE- MENT POUR LE TEST VIH	SI 55a NÉGALE PAS 1, PASSER À 58. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLLER LA 1 ^{ère} CODE BARRE ICI COLLER LA 2 ^e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ÉTIQUETTE(E) ET LA 3 ^e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLEVEMENTS
		1 2	1 2 ↓ PASSER A 55			CONSENTE- MENT POUR LE TEST VIH	CONSENTE- MENT POUR LE TEST VIH	SI 55a NÉGALE PAS 1, PASSER À 58. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLLER LA 1 ^{ère} CODE BARRE ICI COLLER LA 2 ^e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ÉTIQUETTE(E) ET LA 3 ^e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLEVEMENTS

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE :

61	<p>VERIFIER LES QUESTIONS 46 (POUR LES ENFANTS) ET 56/57 (POUR LES ADULTES) :</p> <p>NOMBRE DE RÉSIDENTS HABITUELS DONT LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE EST INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE : MOINS DE 7G/DL POUR LES ENFANTS, POUR LES HOMMES, ET POUR LES FEMMES QUI NE SONT PAS ENCEINTES (OU QUI NE SAVENT PAS SI ELLES SONT ENCEINTES) ; MOINS DE 9G/DL POUR LES FEMMES ENCEINTES.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNE OU PLUS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> <p>▼</p> <p>DONNER À CHAQUE ADULTE OU ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE ET LIRE LA DECLARATION DE Q 62 À LA PERSONNE AVEC FAIBLE NIVEAU D'HEMOGLOBINE.</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUNE</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> <p>▼</p> <p>DONNER À L'ADULTE/ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE.</p> </div> </div>
62	<p>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 recommandons de vous rendre dans un centre de santé dès que possible pour être examiné et obtenir un traitement. DONNEZ-LEUR LA FICHE DE REFERENCE POUR L'ANÉMIE.</p>