

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

CONSENTEMENT INFORMÉ

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour Institut National de la Statistique. Nous effectuons une enquête sur le paludisme dans tout Madagascar. Les informations que nous collectons aideront le pays à planifier les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Je voudrais vous poser quelques questions. L'enquête prend habituellement entre 10 et 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête.

Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre à nos questions car votre opinion est très importante. Si vous décidez de ne pas participer, il n'y aura aucun changement dans les services que vous pouvez recevoir des programmes de santé. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ou vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Si vous souhaitez plus d'informations sur n'importe quel aspect de l'enquête, vous pouvez contacter la personne dont le nom figure sur la carte qui a déjà été donnée à votre ménage.

Mr. RABEZA Victor, Institut National des Statistiques (INSTAT). Tél: 0340755950

Dr. RANAIVO Louise, Programme Nationale de Lutte contre la Malaria (PNLP). Tél: 0330280739

Dr. RATSIMBASOA Arsène, Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Tél: 0340541965

Avez-vous des questions ?

Puis-je commencer l'interview maintenant ?

Signature de l'enquêtrice: _____ Date : _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE 1 L'ENQUÊTÉE REFUSE D'ÊTRE INTERVIEWÉE 2 → FIN

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
101	ENREGISTREZ L'HEURE	HEURE MINUTES	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 108
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2 ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1 2 SECONDAIRE 2 3 SUPÉRIEUR 4	
106	Quelle est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée avec succès à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '0'.	CLASSE/ANNÉE	

NIVEAU D'ÉDUCATION				
NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1	SECONDAIRE 2	SUPÉRIEUR
CLASSE	0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE			
	T1/11è/CP1 = 1 T2/10è/CP2 = 2 T3/9è/CE = 3 T4/8è/CM1 = 4 T5/7è/CM2 = 5 NSP = 8	T6 = 6ème = 1 T7 = 5ème = 2 T8 = 4ème = 3 T9 = 3ème = 4 NSP = 8	T10 = 2nd = 1 T11 = 1ère = 2 T12 = Terminale = 3 NSP = 8	1ère année = 1 2ème année = 2 3ème année = 3 4ème année = 4 5ème année ou += 5 NSP = 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
107	VÉRIFIER 105 : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> PRIMAIRE <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 109
108	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de cette phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES DE PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉE 4 AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 5	
109	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE 01 PROTESTANTE/FLM 02 MUSULMANE 03 TRADITIONNELLE/ANIMISTE 04 SANS RELIGION/AUCUNE 05 SECTE 06 AUTRE 96 (PRÉCISER)	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTER : Aucun bébé qui a crié ou montré un signe de vie mais qui n'a pas survécu ?	OUI 1 NON 2	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL.	AUCUNE 00 TOTAL DE NAISSANCES ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			→ 224						
209	VÉRIFIER 208 : Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ? OUI <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> NON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> → INSISTEZ ET CORRIGEZ 201-208 COMME IL SE DOIT										
210	VÉRIFIER 208 : UNE NAISSANCE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> DEUX NAISSANCES OU PLUS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> Cet enfant est-il né dans les six dernières années? Combien de ces enfants sont nés dans les six dernières années? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.			AUCUN 00 TOTAL DANS LES SIX DERNIÈRES ANNÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			→ 224				

211 Je voudrais maintenant enregistrer les noms de toutes les naissances que vous avez eues au cours des six dernières années, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la naissance la plus récente.

ENREGISTREZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES DES SIX DERNIÈRES ANNÉES À Q.212. ENREGISTREZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre (dernier/précédent) enfant ? (NOM)	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année, (NOM) est-il/elle né ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	NOTER LE NUMERO DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE (INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM) et (NOM DE LA NAISSANCE DE LA LIGNE PRÉCÉDENTE) ?
01	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 ↓ (NAISS. SUIVANTE)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON .. 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISS.SUIV.)	
02	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON .. 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
03	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON .. 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
04	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON .. 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
05	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON .. 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
06	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON .. 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
07	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON .. 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
221	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis celle de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, ENREGISTREZ LA/LES NAISSANCE(S) DANS LE TABLEAU DES NAISSANCES.	OUI 1 NON 2	
222	<p>COMPAREZ 210 AU NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS ET COCHEZ :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX</p> <input type="checkbox"/> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NOMBRES SONT DIFFÉRENTS</p> <input type="checkbox"/> <p>→</p> </div> </div> <p style="text-align: right;">(INSISTEZ ET CORRIGEZ)</p>		
223	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2008 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTREZ '0'.		<input type="text"/>
224	Êtes-vous actuellement enceinte ?	1 OUI 1 2 NON 2 8 PAS SÛRE 8	<input type="checkbox"/> → 226
225	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
226	<p>VÉRIFIEZ 223 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2008 OU PLUS TARD</p> <input type="checkbox"/> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PAS DE NAISSANCES EN 2008 OU PLUS TARD</p> <input type="checkbox"/> <p>→</p> </div> </div>		401

SECTION 3A. GROSSESSE ET TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
301	NOTEZ LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE À 302. Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre dernière grossesse au cours des 6 dernières années.		
302	SELON Q. 212 ET Q. 216 (LIGNE 01)	DERNIÈRE NAISSANCE : NOM: _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉE <input type="checkbox"/> ↓ ↓	
303	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 305) ←	
304	Qui avez-vous vu ? Personne d'autre ? INSISTEZ POUR IDENTIFIER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ ASSISTANT MEDICAL B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE NON FORMÉE D AUTRE X (PRÉCISER) PERSONNE Y	
304A	Avez-vous un carnet de santé? SI OUI: Puis-je le voir? SI CARNET DISPONIBLE, REGARDEZ S' IL CONTIENT DES INFORMATIONS SUR LE TRAITEMENT PR'EVENTIF DU PALUDISME PENDANT CETTE GROSSESSE.	NON, PAS DE CARNET 1 OUI, CARNET, MAIS NON VU 2 OUI, CARNET VU MAIS PAS D' INFORMATION SUR TRAITE- MENT PR'EVENTIF DU PALU 3 OUI, CARNET VU ET INFORMATION SUR TRAITE- MENT PR'EVENTIF DU PALU 4	
305	Au cours de cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour prévenir le paludisme ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 315
306	Quels médicaments avez-vous pris pour prévenir le paludisme ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ, MONTREZ DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.	TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT (SP/FANSIDAR) ... A CHLOROQUINE B QUININE C AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	
307	VÉRIFIER 306 : TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT (SP/FANSIDAR) PRIS CONTRE LE PALUDISME	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓	→ 312
308	Combien de fois avez-vous pris le traitement préventif intermittent (SP/Fansidar) pendant cette grossesse ? SI 6 FOIS OU PLUS, ENREGISTER '6'	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SE SOUVIENT PAS 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
309	Combien de comprimés avez-vous pris chaque fois? SI 6 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTER '6'	NOMBRE DE COMPRIMÉS <input type="text"/> NE SE SOUVENT PAS 8	
310	VÉRIFIER 304 : SOINS PRÉNATALS D'UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ REÇU DURANT CETTE GROSSESSE ?	CODE 'A', OU 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> → 315	
311	Avez-vous obtenu le traitement préventif intermittent (SP/Fansidar) durant une visite prénatale, lors d'une autre visite dans un établissement de santé ou auprès d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE DANS ÉTABLISSEMENT SANITAIRE 2 STRATEGIES AVANCEES/SSME ... 3 AUTRE SOURCE 6 (PRÉCISER) → 315	
312	VÉRIFIER 306 : SEULEMENT MÉDICAMENT INCONNU PRIS, À TITRE PRÉVENTIF, CONTRE LE PALUDISME	SEULEMENT CODE 'Z' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE CAS <input type="checkbox"/> → 315	
313	Combien de fois avez-vous pris le médicament pour prévenir le paludisme pendant cette grossesse ? SI 95 FOIS OU PLUS, OU TOUS LES JOURS, OU PLUSIEURS SEMAINES OU PLUSIEURS MOIS, ENREGISTER '95'	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SE SOUVENT PAS 98	
314	Combien de comprimés avez-vous pris chaque fois? SI 6 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTER '6'	NOMBRE DE COMPRIMÉS <input type="text"/> NE SE SOUVENT PAS 8	
315	VÉRIFIEZ 215 ET 216: UN ENFANT VIVANT OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓ NÉ EN 2008 OU PLUS TARD	PAS D'ENFANT VIVANT NÉ EN 2008 <input type="checkbox"/> → 401 OU PLUS TARD	

SECTION 3B. FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS

316	NOTEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE CHAQUE ENFANT VIVANT NÉ EN 2008 OU PLUS TARD. (S'IL Y A PLUS DE 2 ENFANTS VIVANTS NÉS EN 2008 OU PLUS TARD, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE). Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants qui sont âgés de moins de 5 ans. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).		
317	NOM ET NUMÉRO DE LIGNE SELON Q. 212	DERNIÈRE ENFANT NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM
319	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre à un moment quelconque au cours des 2 dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 317 COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 389) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 317 COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 389) ← NE SAIT PAS 8
320	Il y a combien de jours que la fièvre a commencé ? SI MOINS D'1 JOUR, ENREGISTREZ '00'.	IL Y A.....JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	IL Y A.....JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
321	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre auprès d'une source quelconque ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 324) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 324) ←
322	Où avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement ? Nulle part ailleurs ? ENREGISTREZ TOUTES LES SOURCES MENTIONNÉES.	SECTEUR PUBLIC CTR HÔPITALIER II A CTR HÔPITALIER I B CTR DE SANTÉ DE BASE II C CTR DE SANTÉ DE BASE I D AUTRE PUBLIC E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F CTR DE SANTÉ PRIVÉ G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS H MÉDECIN PRIVÉ I CENTRE PF/FISA J TOP RESEAU K AUTRE MÉDICAL PRIVÉ L (PRÉCISER) AUTRE ENDROIT AGENT COMMUNAUTAIRE M BOUTIQUE N KIOSQUE O GUÉRISSEUR TRADITIONNEL P AMI/MEMBRE DE LA FAMILLE Q MARCHE R AUTRE X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC CTR HÔPITALIER II A CTR HÔPITALIER B CTR DE SANTÉ DE BASE II ... C CTR DE SANTÉ DE BASE I ... D AUTRE PUBLIC E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F CTR DE SANTÉ PRIVÉ G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS H MÉDECIN PRIVÉ I CENTRE PF/FISA J TOP RESEAU K AUTRE MÉDICAL PRIVÉ L (PRÉCISER) AUTRE ENDROIT AGENT COMMUNAUTAIRE ... M BOUTIQUE N KIOSQUE O GUÉRISSEUR TRADITIONNEL P AMI/MEMBRE DE LA FAMILLE Q MARCHE R AUTRE X (PRÉCISER)

		DERNIÈRE ENFANT	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
323	Combien de jours après le début de la fièvre, avez-vous commencé à rechercher un traitement pour (NOM) ? SI LE MÊME JOUR, ENREGISTREZ '00'.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>
323A	Avez-vous un carnet de santé pour (NOM) ? SI OUI: Puis-je le voir? SI CARNET DISPONIBLE, REGARDEZ S' IL CONTIENT DES INFORMATIONS SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE ACTUELLE/RÉCENTE	NON, PAS DE CARNET 1 OUI, CARNET, MAIS NON VU 2 OUI, CARNET VU MAIS PAS D' INFORMATION SUR TRAITEMENT DE LA FIEVRE 3 OUI, CARNET VU ET INFORMATION SUR TRAITEMENT DE LA FIÈVRE 4	NON, PAS DE CARNE 1 OUI, CARNET, MAIS NON VU ... 2 OUI, CARNET VU MAIS PAS D' INFORMATION SUR TRAITEMENT DE LA FIEVRI... 3 OUI, CARNET VU ET INFORMATION SUR TRAITEMENT DE LA FIÈVRI... 4
324	À n'importe quel moment durant la maladie, est-ce qu'on a prélevé du sang au doigt ou au talon de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 325) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 325) ← NE SAIT PAS 8
324A	Où est-ce que le prélèvement de sang de (NOM) a été fait la dernière fois?	SECTEUR PUBLIC CTR HÔSPITALIER II 11 CTR HÔSPITALIER I 12 CTR DE SANTÉ DE BASE II 13 CTR DE SANTÉ DE BASE I 14 AUTRE PUBLIC 15 (PRECISER) SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 CTR DE SANTÉ PRIVÉ 22 PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS 23 MÉDECIN PRIVÉ 24 CENTRE PF/FISA 25 TOP RESEAU 26 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 27 (PRECISER) AUTRE ENDROIT AGENT COMMUNAUTAIRE 31 AUTRE 32 (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC CTR HÔSPITALIER II 11 CTR HÔSPITALIER 12 CTR DE SANTÉ DE BASE II ... 13 CTR DE SANTÉ DE BASE I ... 14 AUTRE PUBLIC 15 (PRECISER) SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 CTR DE SANTÉ PRIVÉ 22 PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS 23 MÉDECIN PRIVÉ 24 CENTRE PF/FISA 25 TOP RESEAU 26 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 27 (PRECISER) AUTRE ENDROIT AGENT COMMUNAUTAIRE ... 31 AUTRE 32 (PRECISER)
325	À n'importe quel moment durant la maladie, est-ce que (NOM) a pris des médicaments pour la fièvre ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 389) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 389) ← NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE ENFANT	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
326	<p>Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?</p> <p>Pas d'autres médicaments ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>DEMANDEZ À VOIR LE/LES MÉDICAMENT(S) SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU, SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT PAS ÊTRE IDENTIFIÉ, MONTREZ DES ANTIPALUDIQUES COURANTS À L'ENQUÊTÉE.</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>SP/FANSIDAR A</p> <p>CHLOROQUINE B</p> <p>AMODIAQUINE C</p> <p>QUININE D</p> <p>ACTIPAL (ACT) E</p> <p>LARIMAL (ACT) F</p> <p>ARTEMODI (ACT) G</p> <p>ARSUMOON (ACT) H</p> <p>FALCIMON (ACT) I</p> <p>ASAQ WINTROP (ACTm) J</p> <p>ARTEFAN (ACTm) K</p> <p>AUTRE COMBINAISON À BASE D'ARTÉMISININE (ACT/ACTm) NON DÉTERMINÉ L</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDIQUE M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>ANTIBIOTIQUES</p> <p>COMPRIMÉS/SIROP N</p> <p>INJECTION O</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS</p> <p>ASPIRINE P</p> <p>ACETAMINOPHEN Q</p> <p>IBUPROFEN R</p> <p>PARACETAMOL S</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>SP/FANSIDAR A</p> <p>CHLOROQUINE B</p> <p>AMODIAQUINE C</p> <p>QUININE D</p> <p>ACTIPAL (ACT) E</p> <p>LARIMAL (ACT) F</p> <p>ARTEMODI (ACT) G</p> <p>ARSUMOON (ACT) H</p> <p>FALCIMON (ACT) I</p> <p>ASAQ WINTROP (ACTm) J</p> <p>ARTEFAN (ACTm) K</p> <p>AUTRE COMBINAISON À BASE D'ARTÉMISININE (ACT/ACTm) NON DÉTERMINÉ L</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDIQUE M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>ANTIBIOTIQUES</p> <p>COMPRIMÉS/SIROP N</p> <p>INJECTION O</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS</p> <p>ASPIRINE P</p> <p>ACETAMINOPHEN Q</p> <p>IBUPROFEN R</p> <p>PARACETAMOL S</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>
327	<p>Combien avez-vous payé en tout pour les médicaments et consultations pour la fièvre de (NOM) ?</p> <p>ENREGISTREZ LE COÛT EN ARIARY SI PLUS DE 99 000 ARIARY, ENREGISTREZ 99 000.</p>	<p>COÛT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>GRATUIT 99995</p> <p>NE SAIT PAS 99998</p>	<p>COÛT ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>GRATUIT 99995</p> <p>NE SAIT PAS 99998</p>
328	<p>VÉRIFIER 326 : Y A-T-IL UN CODE DE 'A' À 'M' ENCERCLÉ ?</p>	<p>OUI NON</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 385)</p>	<p>OUI NON</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 385)</p>
329	<p>VÉRIFIER 326 : SP/FANSIDAR ('A') DONNÉE ?</p>	<p>CODE 'A' ENCERCLÉ CODE 'A' NON ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 334)</p>	<p>CODE 'A' ENCERCLÉ CODE 'A' NON ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 334)</p>
330	<p>SI VOUS POUVEZ VOIR LA SP/FANSIDAR, VÉRIFIEZ SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE.</p> <p>SI LA SP/FANSIDAR N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que la SP/Fansidar que vous avez utilisé a expiré ?</p>	<p>DATE EXPIRATION VALIDE 1</p> <p>DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>DATE EXPIRATION VALIDE 1</p> <p>DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
331	<p>Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre la SP/Fansidar ?</p>	<p>MÊME JOUR 0</p> <p>JOUR SUIVANT 1</p> <p>DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2</p> <p>TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3</p> <p>QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>MÊME JOUR 0</p> <p>JOUR SUIVANT 1</p> <p>DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2</p> <p>TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3</p> <p>QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
332	<p>Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris la SP/Fansidar ?</p> <p>SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.</p>	<p>JOURS <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>JOURS <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 8</p>


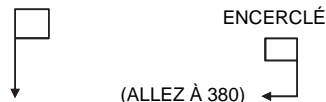

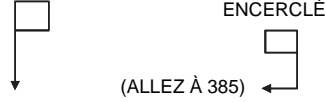
		DERNIÈRE ENFANT	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
333	Combien de comprimés de SP/Fansidar (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/>
334	VÉRIFIER 326 : CHLOROQUINE ('B') DONNÉE ?	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 339) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 339) ←
335	SI VOUS POUVEZ VOIR LA CHLOROQUINE, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI LA CHLOROQUINE N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que la chloroquine que vous avez utilisée a expiré ?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8
336	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre la chloroquine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8
337	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris la chloroquine ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
338	Combien de comprimés de chloroquine (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/>
339	VÉRIFIER 326 : AMODIAQUINE ('C') DONNÉE ?	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 344) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 344) ←
340	SI VOUS POUVEZ VOIR L'AMODIAQUINE, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI L'AMODIAQUINE N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que l'amodiaquine que vous avez utilisée a expiré ?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8
341	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'amodiaquine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8
342	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris l'amodiaquine ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
343	Combien de comprimés d'amodiaquine (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/>

		DERNIÈRE ENFANT	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
344	VÉRIFIER 326 : QUININE ('D') DONNÉE?	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 349)	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 349)
345	SI VOUS POUVEZ VOIR LA QUININE, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI LA QUININE N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que la quinine que vous avez utilisée a expiré?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8
346	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre la quinine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8
347	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris la quinine ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8
348	Combien de comprimés de quinine ou ampoules (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>
349	VÉRIFIER 326 : ACTIPAL ('E') DONNÉ?	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 354)	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 354)
350	SI VOUS POUVEZ VOIR ACTIPAL, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI L'ACTIPAL N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que l'Actipal que vous avez utilisée a expiré?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8
351	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'Actipal ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8
352	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris l'Actipal ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8
353	Combien de comprimés d'Actipal (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>

		DERNIÈRE ENFANT	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
354	VÉRIFIER 326 : LARIMAL ('F') DONNÉ?	<div> <div>CODE 'F' ENCERCLÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>CODE 'F' NON ENCERCLÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>(ALLEZ À 359)</div> </div>	<div> <div>CODE 'F' ENCERCLÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>CODE 'F' NON ENCERCLÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>(ALLEZ À 359)</div> </div>
355	SI VOUS POUVEZ VOIR LE LARIMAL, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI LE LARIMAL N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que le Larimal que vous avez utilisée a expiré?	<div>DATE EXPIRATION VALIDE 1</div> <div>DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2</div> <div>NE SAIT PAS 8</div>	<div>DATE EXPIRATION VALIDE 1</div> <div>DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2</div> <div>NE SAIT PAS 8</div>
356	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre le Larimal ?	<div>MÊME JOUR 0</div> <div>JOUR SUIVANT 1</div> <div>DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2</div> <div>TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3</div> <div>QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4</div> <div>NE SAIT PAS 8</div>	<div>MÊME JOUR 0</div> <div>JOUR SUIVANT 1</div> <div>DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2</div> <div>TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3</div> <div>QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4</div> <div>NE SAIT PAS 8</div>
357	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris le Larimal ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	<div>JOURS <input type="text"/></div> <div>NE SAIT PAS 8</div>	<div>JOURS <input type="text"/></div> <div>NE SAIT PAS 8</div>
358	Combien de comprimés de Larimal ou ampoules (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	<div>NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/></div>	<div>NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/></div>
359	VÉRIFIER 326 : ARTEMODI ('G') DONNÉ?	<div> <div>CODE 'G' ENCERCLÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>CODE 'G' NON ENCERCLÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>(ALLEZ À 364)</div> </div>	<div> <div>CODE 'G' ENCERCLÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>CODE 'G' NON ENCERCLÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>(ALLEZ À 364)</div> </div>
360	SI VOUS POUVEZ VOIR L'ARTEMODI, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI L'ARTEMODI N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que l'Artemodi que vous avez utilisée a expiré?	<div>DATE EXPIRATION VALIDE 1</div> <div>DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2</div> <div>NE SAIT PAS 8</div>	<div>DATE EXPIRATION VALIDE 1</div> <div>DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2</div> <div>NE SAIT PAS 8</div>
361	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'Artemodi ?	<div>MÊME JOUR 0</div> <div>JOUR SUIVANT 1</div> <div>DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2</div> <div>TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3</div> <div>QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4</div> <div>NE SAIT PAS 8</div>	<div>MÊME JOUR 0</div> <div>JOUR SUIVANT 1</div> <div>DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2</div> <div>TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3</div> <div>QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4</div> <div>NE SAIT PAS 8</div>
362	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris l'Artemodi ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	<div>JOURS <input type="text"/></div> <div>NE SAIT PAS 8</div>	<div>JOURS <input type="text"/></div> <div>NE SAIT PAS 8</div>
363	Combien de comprimés d'Artemodi (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	<div>NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/></div>	<div>NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/></div>

		DERNIÈRE ENFANT	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
364	VÉRIFIER 326 : ARSUMOON ('H') DONNÉ?	<div> <div>CODE 'H' ENCERCLÉ</div> <div>CODE 'H' NON ENCERCLÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div> ↓ (ALLEZ À 369) ← </div> </div>	<div> <div>CODE 'H' ENCERCLÉ</div> <div>CODE 'H' NON ENCERCLÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div> ↓ (ALLEZ À 369) ← </div> </div>
365	SI VOUS POUVEZ VOIR L'ARSUMOON, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI L'ARSUMOON N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que l'Arsumoon que vous avez utilisée a expiré?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8
366	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'Arsumoon ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8
367	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris l'Arsumoon ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
368	Combien de comprimés d'Arsumoon (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/>
369	VÉRIFIER 326 : FALCIMON ('I') DONNÉ?	<div> <div>CODE 'I' ENCERCLÉ</div> <div>CODE 'I' NON ENCERCLÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div> ↓ (ALLEZ À 373A) ← </div> </div>	<div> <div>CODE 'I' ENCERCLÉ</div> <div>CODE 'I' NON ENCERCLÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div> ↓ (ALLEZ À 373A) ← </div> </div>
370	SI VOUS POUVEZ VOIR LE FALCIMON, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI LE FALCIMON N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que le Falcimon que vous avez utilisée a expiré?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8
371	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre le Falcimon ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8
372	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris le Falcimon ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
373	Combien de comprimés de Falcimon (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/>

		DERNIÈRE ENFANT	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
373A	VÉRIFIER 326 : ASAQ WINTROP (ACTm) ('J') DONNÉ?	CODE 'J' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 373F)	CODE 'J' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 373F)
		CODE 'J' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 373F)	CODE 'J' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 373F)
373B	SI VOUS POUVEZ VOIR LE ASAQ WINTROP (ACTm), VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI LE ASAQ WINTROP (ACTm) N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que l'ASAQ Wintrop que vous avez utilisée a expiré?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8
373C	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'ASAQ Wintrop ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8
373D	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris l'ASAQ Wintrop ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8
373E	Combien de comprimés d'ASAQ Wintrop (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>
373F	VÉRIFIER 326 : ARTEFAN (ACTm) ('K') DONNÉ?	CODE 'K' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 374)	CODE 'K' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 374)
		CODE 'K' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 374)	CODE 'K' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 374)
373G	SI VOUS POUVEZ VOIR L'ARTEFAN (ACTm), VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI L'ARTEFAN (ACTm) N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que l'ARTEFAN que vous avez utilisée a expiré?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8
373H	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'ARTEFAN (ACTm) ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8
373I	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris l'ARTEFAN (ACTm) ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8
373J	Combien de comprimés d'ARTEFAN (ACTm) (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>

		DERNIÈRE ENFANT	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
374	VÉRIFIER 326 : AUTRE ACT, ACTm NON DÉTERMINÉ ('L') DONNÉ ?	CODE 'L' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'L' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (ALLEZ À 380)	CODE 'L' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'L' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (ALLEZ À 380)
375	SI VOUS POUVEZ VOIR L' ACT, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI L'ACT N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que l' ACT que vous avez utilisé a expiré ?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8
376	SI VOUS POUVEZ VOIR L' ACT, DÉTERMINEZ S'IL S'AGIT DE COMBO OU DE COBLISTER SINON MONTRER L'ÉCHANTILLON QUE VOUS AVEZ ET DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉE DE QUEL ACT IL S'AGISSAIT.	COMBO 1 COBLISTER 2 NE SAIT PAS 8	COMBO 1 COBLISTER 2 NE SAIT PAS 8
377	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'ACT ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8
378	Pendant combien de jours (NOM) a- t-il/elle pris l'ACT ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="text"/> 8 NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> 8 NE SAIT PAS 8
379	Combien de comprimés d'ACT (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/>
380	VÉRIFIER 326 : AUTRE ANTIPALUDIQUE ('M') DONNÉ ?	CODE 'M' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'M' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (ALLEZ À 385)	CODE 'M' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'M' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (ALLEZ À 385)
381	SI VOUS POUVEZ VOIR L'AUTRE ANTIPALUDIQUE, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI L'AUTRE ANTIPALUDIQUE N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que le (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDIQUE) que vous avez utilisé a expiré ?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8
382	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDIQUE) ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE ENFANT	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
383	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDIQUE) ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
384	Combien de comprimés de (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDIQUE) (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/>
385	Est-ce que (NOM) a pris tous les médicaments qui lui ont été prescrits contre la fièvre ?	OUI 1 (PASSEZ À 387) ← NON 2 NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 387) ←	OUI 1 (PASSEZ À 387) ← NON 2 NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 387) ←
386	Pourquoi (NOM) n'a-t-il/elle pas pris tous les médicaments qui lui ont été prescrits ?	TOUJOURS EN COURS DE TRAITEMENT 1 ARRÊTÉ PARCE ENFANT GUÉRI/ SANTÉ S'EST AMÉLIORÉE/ MÉDICAMENTS PLUS NÉCESSAIRES 2 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	TOUJOURS EN COURS DE TRAITEMENT 1 ARRÊTÉ PARCE ENFANT GUÉRI/ SANTÉ S'EST AMÉLIORÉE/ MÉDICAMENTS PLUS NÉCESSAIRES 2 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8
387	Est-ce que (NOM) avait un des symptômes suivants ? - Fièvre très élevée, supérieure à 39.5° ? - Anémie ? - Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême ? - Perte de conscience ? - Insuffisance respiratoire sévère ? - Convulsions ? - Saignements anormaux ? - Ictère/Jaunisse (avec coloration des yeux) ? - Urine noire ou brune ? - Vomissement irrésistible ? - Refusait de manger ou de téter ?	O N NS U O I N P FIÈVRE ÉLEVÉE 1. 2. 8 ANÉMIE 1. 2. 8 PROSTRATION 1. 2. 8 PERTE CONSCIENC. 1. 2. 8 RESPIRATION 1. 2. 8 CONVULSION 1. 2. 8 SAIGNEMENTS 1. 2. 8 ICTÈRE/JAUNISSE 1. 2. 8 URINE NOIRE 1. 2. 8 VOMISSEMENTS 1. 2. 8 REFUS MANGER/TÉTER . 1. 2. 8	O N NS U O I N P FIÈVRE ÉLEVÉE 1. 2. 8 ANÉMIE 1. 2. 8 PROSTRATION 1. 2. 8 PERTE CONSCIENC. 1. 2. 8 RESPIRATION 1. 2. 8 CONVULSION 1. 2. 8 SAIGNEMENTS 1. 2. 8 ICTÈRE/JAUNISSE 1. 2. 8 URINE NOIRE 1. 2. 8 VOMISSEMENTS 1. 2. 8 REFUS MANGER/TÉTER 1. 2. 8
388		RETOURNEZ À 317 À COLONNE SUIVANTE, OU, SI PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 389.	RETOURNEZ À 317 À LA 1 ^{ÈRE} COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE, OU, SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 389.
389	VÉRIFIER 319 : UN ENFANT A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ? UN ENFANT OU PLUS <input type="text"/> AUCUN ENFANT N'A <input type="text"/> A EU DE LA FIÈVRE ↓ EU DE LA FIÈVRE	→ 394	
390	Quand votre/vos enfants ont de la fièvre, jusqu'à quel point est-il urgent ou pas urgent de rechercher immédiatement un traitement antipaludique ? SI URGENT: Est-ce extrêmement urgent ou très urgent ? SI PAS URGENT: Est-ce peu urgent ou pas du tout urgent ?	EXTRÊMEMENT URGENT 1 TRÈS URGENT 2 PEU URGENT 3 PAS DU TOUT URGENT 4	
391	Quand votre/vos enfants ont la fièvre, est-ce que vous êtes d'accord ou pas d'accord pour qu'il soit d'abord traité avec des herbes médicinales ou autres pratiques ? SI OUI (D'ACCORD): Êtes-vous complètement d'accord ou assez d'accord SI NON (PAS D'ACCORD): Êtes-vous assez opposé ou complètement opposé ?	COMPLÈTEMENT D'ACCORD 1 ASSEZ D'ACCORD 2 ASSEZ OPPOSÉ 3 COMPLÈTEMENT OPPOSÉ 4	

		DERNIERE ENFANT	AVANT-DERNIERE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
392	<p>Quand votre/vos enfants ont la fièvre, le traitement, (y compris les consultations) est-il abordable ou inabordable ?</p> <p>SI ABORDABLE: Est-il très abordable ou abordable?</p> <p>SI INABORDABLE: Est-il inabordable ou vraiment inabordable?</p>	<p>TRÈS ABORDABLE 1</p> <p>ABORDABLE 2</p> <p>INABORDABLE 3</p> <p>VRAIMENT INABORDABLE 4</p>	
393	<p>Quand votre/vos enfant(s) ont la fièvre, les antipaludiques sont-ils toujours disponibles ou pas disponibles ?</p> <p>SI DISPONIBLE: Est ce toujours disponibles ou assez souvent disponibles?</p> <p>SI PAS DISPONIBLE: Est ce rarement disponibles ou jamais disponibles?</p>	<p>TOUJOURS DISPONIBLES 1</p> <p>ASSEZ SOUVENT DISPONIBLES 2</p> <p>RAREMENT DISPONIBLES 3</p> <p>JAMAIS DISPONIBLES 4</p>	
394	<p>Si la fièvre de votre enfant est traitée avec un antipaludique, est-ce que la fièvre va baisser rapidement?</p> <p>SI OUI: Est ce toujours ou parfois?</p> <p>SI NON: Est ce rarement ou jamais?</p>	<p>TOUJOURS 1</p> <p>PARFOIS 2</p> <p>RAREMENT 3</p> <p>JAMAIS 4</p>	
395	<p>Gardez-vous des doses partielles de médicaments antipaludiques pour les utiliser éventuellement dans le futur ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 4. CONNAISSANCE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
401	<p>Comment peut-on contracter le paludisme ?</p> <p>INSISTER : Aucune autre façon ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>MANQUE D'HYGIÈNE DANS ENVIRONNEMENT A</p> <p>PIQÛRE DE MOUSTIQUE B</p> <p>PAS DE PRISE DE MÉDICAMENT PRÉVENTIF C</p> <p>EFFORT PHYSIQUE/FATIGUE D</p> <p>EXPOSITION DIRECTE À LUMIÈRE DU SOLEIL PENDANT LE TRAVAIL . E</p> <p>EN RESTANT SOUS LA PLUIE F</p> <p>CHANGEMENT SOUDAIN DE CLIMAT . G</p> <p>MALNUTRITION H</p> <p>CONSOMMATION DE FRUITS I</p> <p>MANQUE D'HYGIÈNE CORPORELLE . J</p> <p>EN BROUSSE K</p> <p>AUTRE W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
402	<p>Quel est, selon vous, le symptôme principal du paludisme ?</p>	<p>FIÈVRE 11</p> <p>MANQUE D'APPÉTIT ET VOMISSEMENTS 12</p> <p>TEMPÉRATURE ÉLEVÉE AVEC CONVULSIONS 13</p> <p>TEMPÉRATURE ÉLEVÉE AVEC ÉVANOUISSEMENT 14</p> <p>TEMPÉRATURE PERSISTANTE 15</p> <p>CONVULSIONS 16</p> <p>JAUNISSE 17</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
403	<p>Quels sont les moyens efficaces pour prévenir le paludisme ?</p> <p>INSISTER : Aucun autre moyen ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE A</p> <p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE B</p> <p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE TOUS LES JOURS . C</p> <p>EN PRENANT DES MÉDICAMENTS PRÉVENTIFS D</p> <p>EN PRENANT DES COMPRIMÉS PENDANT LA GROSSESSE E</p> <p>EN UTILISANT UN INSECTICIDE/ DIFFUSEURS/CRÈMES/ LOTIONS/RÉPULSIFS F</p> <p>EN UTILISANT UN SERPENTIN ANTI-MOUSTIQUES G</p> <p>EN ÉVITANT D'ATTRAPER FROID ... H</p> <p>EN ÉVITANT L'EXPOSITION À LA LUMIÈRE DIRECTE DU SOLEIL ... I</p> <p>EN NETTOYANT LES ENVIRONS J</p> <p>ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE K</p> <p>AUTRE W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
404	<p>Quelles sont les personnes qui sont les plus vulnérables au paludisme ?</p> <p>INSISTER : Personne d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS A</p> <p>LES ENFANTS B</p> <p>LES FEMMES ENCEINTES C</p> <p>LES FEMMES D</p> <p>LES HOMMES E</p> <p>LES PERSONNES ÂGÉES F</p> <p>TOUT LE MONDE G</p> <p>AUTRE W</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
404A	<p>VÉRIFIER PAGE DE COUVERTURE: NUMÉRO DE GRAPPE</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>GRAPPES</p> <p>[80 - 91]</p> <p>[94 - 116]</p> <p>[244 - 255]</p> <p><input type="checkbox"/></p> </div> <div> <p>GRAPPES</p> <p>[117 - 126]</p> <p>[237 - 243]</p> <p>[275 - 284]</p> <p><input type="checkbox"/></p> </div> </div>	<p>AUTRES GRAPPES <input type="checkbox"/> →</p>	405
404B	<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1; border-right: 1px dashed black; padding-right: 5px;"> <p>Au cours des mois de novembre et décembre 2012, avez-vous entendu ou reçu des messages sur la campagne de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide durable, ou MID?</p> </div> <div style="flex: 1; padding-left: 5px;"> <p>Au cours des mois de décembre 2012 et février 2013, avez-vous entendu ou reçu des messages sur la campagne de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide durable, ou MID?</p> </div> </div>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 →</p>	405
404C	<p>Avez-vous entendu ou reçu des message AVANT la distribution?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 →</p>	404E
404D	<p>Par quels moyens, avez-vous entendu ou reçu ces messages?</p> <p>Pas d'autres moyens?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>VISITES À DOMICILE A</p> <p>ANIMATION DE MASSE/GROUPE B</p> <p>SPOTS RADIO/TELE C</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
404E	<p>Avez-vous entendu ou reçu des message PENDANT la distribution?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 →</p>	404G
404F	<p>Par quels moyens, avez-vous entendu ou reçu ces messages?</p> <p>Pas d'autres moyens?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>VISITES À DOMICILE A</p> <p>ANIMATION DE MASSE/GROUPE B</p> <p>SPOTS RADIO/TELE C</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
404G	<p>Avez-vous entendu ou reçu des message APRÈS la distribution?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 →</p>	404I
404H	<p>Par quels moyens, avez-vous entendu ou reçu ces messages?</p> <p>Pas d'autres moyens?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>VISITES À DOMICILE A</p> <p>ANIMATION DE MASSE/GROUPE B</p> <p>SPOTS RADIO/TELE C</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
404I	<p>Quels messages avez-vous entendus ou reçus (<u>avant</u>, <u>pendant</u> ou <u>après</u> la campagne de distribution)?</p> <p>Pas d'autres types de messages?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>OÙ CHERCHER UNE MID A</p> <p>QUAND CHERCHER UNE MID B</p> <p>LA MID EST GRATUITE C</p> <p>COMMENT SUSPENDRE UNE MID D</p> <p>COMMENT ENTRETENIR UNE MID E</p> <p>QUAND UTILISER LA MID F</p> <p>INTÉRÊT DE PRENDRE LA MID G</p> <p>AUTRE W</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
405	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assisté à des sensibilisation sur le traitement du paludisme par un Chef Fokontany ? - Assisté à des sensibilisation sur le traitement du paludisme par MVU ? - Entendu parler du traitement du paludisme à la radio ? - Vu quelque chose concernant le traitement du paludisme à la télévision ? - Vu quelque chose concernant le traitement du paludisme dans un journal ou un magazine ? 	<p>OUI NON</p> <p>CHEF FOKONTANY 1 2</p> <p>MVU 1 2</p> <p>RADIO 1 2</p> <p>TÉLÉVISION 1 2</p> <p>JOURNAL OU MAGAZINE ... 1 2</p>	
406	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des messages sur le traitement du paludisme, concernant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation d'ACTIPAL ? - L'utilisation ACT ? - Le prix d'achat du traitement? - La disponibilité du traitement ? - L'efficacité du traitement ? - Autres messages sur le traitement du paludisme ? 	<p>OUI NON</p> <p>UTILISATION D' ACTIPAL ... 1 2</p> <p>UTILISATION D' ACT 1 2</p> <p>PRIX D'ACHAT 1 2</p> <p>DISPONIBILITÉ 1 2</p> <p>ÉFFICACITÉ 1 2</p> <p>AUTRES MESSAGES 1 2</p>	
407	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assisté à des sensibilisation sur la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme par un Chef Fokontany ? - Assisté à des sensibilisation sur la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme par MVU ? - Entendu parler la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme à la radio ? - Vu quelque chose concernant la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme à la télévision ? - Vu quelque chose concernant la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme dans un journal ou un magazine ? 	<p>OUI NON</p> <p>CHEF FOKONTANY 1 2</p> <p>MVU 1 2</p> <p>RADIO 1 2</p> <p>TÉLÉVISION 1 2</p> <p>JOURNAL OU MAGAZINE ... 1 2</p>	
408	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des messages sur le MID pour la prevention du paludisme concernant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Où chercher une MID ? - Quand chercher une MID ? - La MID est gratuite ? - Comment suspendre une MID ? - Comment entretenir une MID ? - Quand est-ce qu'on utilise la MID ? - Intérêt de prendre la MID ? - Autre message sur la MID ? 	<p>OUI NON</p> <p>OÙ CHERCHER 1 2</p> <p>QUAND CHERCHER 1 2</p> <p>MID GRATUITE 1 2</p> <p>SUSPENDRE LA MID 1 2</p> <p>ENTREtenir LA MID 1 2</p> <p>QUAND UTILISER 1 2</p> <p>INTÉRÊT DE PRENDRE 1 2</p> <p>AUTRE 1 2</p>	
409	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des messages sur le CAID pour la prévention du paludisme concernant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rester en dehors de la maison après pulvérisation intra domiciliaire? - Le fait que la pulvérisation intra domiciliaire n'est pas dangereuse pour la santé ? - Autre message sur le CAID ? 	<p>OUI NON</p> <p>RESTER DEHORS APRÈS PULVÉRISATION 1 2</p> <p>PULVÉRISATION PAS DANGEREUSE 1 2</p> <p>AUTRE 1 2</p>	
410	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des messages sur les femmes enceintes pour la prévention du paludisme concernant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le TPI ? - Autre message sur les femmes enceintes pour la prévention du paludisme ? 	<p>OUI NON</p> <p>TPI 1 2</p> <p>AUTRE 1 2</p>	
410A	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous assisté à une séance de sensibilisation sur la lutte contre le paludisme dans un endroit public, faite par un agent communautaire comme, par exemple, des séances de sensibilisation en petits groupes pendant les jours de marché?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS 8</p>	<p>→ 410C</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
410B	<p>Quels étaient les sujets de la sensibilisation?</p> <p>Pas d'autres sujets?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>TRAITEMENT DU PALUDISME</p> <p>RECHERCHE DE SOINS PRÉCOCE EN CAS DE FIÈVRE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ... A</p> <p>UTILISATION DE TEST DE DIAGNOSTIC RAPIDE (TDR) B</p> <p>TRAITEMENT AVEC DES ACTs C</p> <p>AUTRE D (PRÉCISER)</p> <p>PRÉVENTION DU PALUDISME</p> <p>MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE DURABLE (MID) ... E</p> <p>CAMPAGNE D'ASPERSION INTRADOMICILIAIRE (CAID) F</p> <p>TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT POUR FEMMES ENCEINTES G</p> <p>AUTRE W (PRÉCISER)</p>	
410C	<p>Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il été visité par un agent communautaire pour parler de la lutte contre le paludisme?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS 8</p>	<p>→ 410E</p>
410D	<p>Quels étaient les sujets de discussion?</p> <p>Pas d'autres sujets?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>TRAITEMENT DU PALUDISME</p> <p>RECHERCHE DE SOINS PRÉCOCE EN CAS DE FIÈVRE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ... A</p> <p>UTILISATION DE TEST DE DIAGNOSTIC RAPIDE (TDR) B</p> <p>TRAITEMENT AVEC DES ACTs C</p> <p>AUTRE D (PRÉCISER)</p> <p>PRÉVENTION DU PALUDISME</p> <p>MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE DURABLE (MID) ... E</p> <p>CAMPAGNE D'ASPERSION INTRADOMICILIAIRE (CAID) F</p> <p>TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT POUR FEMMES ENCEINTES G</p> <p>AUTRE W (PRÉCISER)</p>	
410E	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous assisté à un grand événement en plein air organisé dans le cadre de la lutte contre le paludisme?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SE SOUVIENT PAS 8</p>	<p>→ 411</p>
410F	<p>Quels types d'événements?</p> <p>Pas d'autres événements?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>CÉLÉBRATION DES JOURNÉES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME OU SPECTACLES AVEC DES ARTISTES DE RENOM ... A</p> <p>SPECTACLE DE MARIONNETTES ... B</p> <p>SPECTACLE FOLKLORIQUE C</p> <p>TOURNOI SPORTIF OU DIFFÉRENTS CONCOURS D</p> <p>SÉANCE DE PROJECTION MVU ... E</p> <p>AUTRE W (PRÉCISER)</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
420	<p>Selon vous, quels sont les avantages à dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ?</p> <p>NE PAS LIRE LES REPONSES</p> <p>INSISTEZ : Aucun autre avantage ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>PLUS EFFICACE CONTRE LES MOUSTIQUES A TUE MOUSTIQUES/AUTRES INSECTE . B ECARTE MOUSTIQUES/AUTRES INSECTES C MEILLEUR POUR PREVENIR LE PALUDISME D MEILLEUR POUR PREVENIR FAUSSES COUCHES/MORTS-NES E FEMME MIEUX PROTEGEE CONTRE MALADIES F ECONOMISE ARGENT CAR ENFANT NON MALADE G POUR PREVENIR LE FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE H ON DORT BIEN I AUTRE X (PRECISER) NE SAIT PAS Z</p>	
421	<p>Selon vous, quels sont les inconvénients à dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ?</p> <p>INSISTEZ : Aucun autre inconvénient ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>MAUVAISE ODEUR A CAUSE DES IRRITATIONS/TOUX ... B REND MALADE C DONNE DES NAUSEES D PRODUIT CHIMIQUE DANGEREUX ... E PRODUIT UTILISE PEUT TUER LE FOETUS/CAUSER DES FAUSSES COUCHES F PEUT SUFFOQUER/DIFFICULTES RESPIRER G INSECTICIDE UTILISE NON EFFICACE . H MOUSTIQUAIRE SE SALIT VITE I PAS D'INCONVENIENT J AUTRE X (PRECISER) NE SAIT PAS Z</p>	
422	Pendant quels mois ou saisons de l'année, les gens doivent-ils dormir sous une moustiquaire traitée avec des insecticides ?	<p>SAISON SECHE 1 SAISON HUMIDE 2 TOUTE L'ANNÉE 3 NE SAIT PAS 8</p>	
423	Pensez-vous que le prix d'une super moustiquaire vendue à 3000 ariary est abordable ?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	
424	Avez-vous souvent, rarement ou jamais des conversations avec vos amis ou voisins sur le paludisme ?	<p>SOUVENT 1 RAREMENT 2 JAMAIS 3</p>	
425	Dans quelle mesure pensez-vous qu'il est important que vos enfants dorment sous une moustiquaire imprégnée: extrêmement important, très important, peu important, pas important du tout ?	<p>EXTREMEMENT IMPORTANT 1 TRES IMPORTANT 2 PEU IMPORTANT 3 PAS IMPORTANT DU TOUT 4</p>	
426	Vous arrive-t-il d'utiliser des moustiquaires pour autre chose que pour dormir dessous: tout le temps, parfois, rarement, jamais?	<p>TOUT LE TEMPS 1 PARFOIS 2 RAREMENT 3 JAMAIS 4 N'A JAMAIS EU DE MOUSTIQUAIRE . 5</p>	
427	Je voudrais maintenant connaître votre opinion sur certaines déclarations. Je vous demande de faire un effort et de donner vraiment ce que vous y pensez. Je précise que les questions semblent se répéter mais je vous les poserai pour bien cerner votre opinion.		
428	<p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'opinion suivante : les moustiquaires imprégnées d'insecticide ont des effets négatifs sur la santé.</p> <p>SI D'ACCORD : Etes-vous d'accord ou tout à fait d'accord ?</p> <p>SI PAS D'ACCORD: N'êtes-vous pas d'accord ou pas du tout d'accord ?</p>	<p>TOUT A FAIT D'ACCORD 1 D'ACCORD 2 PAS D'ACCORD 3 PAS DU TOUT D'ACCORD 4</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À				
429	<p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'opinion suivante: Dans cette communauté, la plupart des gens dorment sous une moustiquaire imprégnée chaque nuit.</p> <p>SI D'ACCORD : Êtes-vous d'accord ou tout à fait d'accord ?</p> <p>SI PAS D'ACCORD: N'êtes-vous pas d'accord ou pas du tout d'accord ?</p>	<p>TOUT À FAIT D'ACCORD 1</p> <p>D'ACCORD 2</p> <p>PAS D'ACCORD 3</p> <p>PAS DU TOUT D'ACCORD 4</p>					
430	<p>Êtes-vous tout d'accord ou pas d'accord avec l'opinion suivante: Vous pouvez accrocher une moustiquaire à n'importe quel endroit où les gens dorment dans votre logement.</p> <p>SI D'ACCORD : Êtes-vous d'accord ou tout à fait d'accord ?</p> <p>SI PAS D'ACCORD: N'êtes-vous pas d'accord ou pas du tout d'accord ?</p>	<p>TOUT À FAIT D'ACCORD 1</p> <p>D'ACCORD 2</p> <p>PAS D'ACCORD 3</p> <p>PAS DU TOUT D'ACCORD 4</p>					
431	<p>Êtes-vous tout d'accord ou pas d'accord avec l'opinion suivante: On risque seulement de contracter le paludisme pendant la saison des pluies.</p> <p>SI D'ACCORD : Êtes-vous d'accord ou tout à fait d'accord ?</p> <p>SI PAS D'ACCORD: N'êtes-vous pas d'accord ou pas du tout d'accord ?</p>	<p>TOUT À FAIT D'ACCORD 1</p> <p>D'ACCORD 2</p> <p>PAS D'ACCORD 3</p> <p>PAS DU TOUT D'ACCORD 4</p>					
432	<p>Quelle est la marque de moustiquaire imprégnée que vous préférez?</p>	<p>OLYSET 11</p> <p>PERMANET 12</p> <p>SUPER MOUSTIQUAIRE 13</p> <p>MILAY 14</p> <p>TSARALAY 15</p> <p>INTERCEPTOR 16</p> <p>POLYESTER 17</p> <p>POLYETHYLENE 18</p> <p>N'IMPORTE 19</p> <p>AUTRE 96</p> <p>AUCUNE/NE SAIT PAS 98</p>					
433	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une moustiquaire ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 435				
434	<p>Quels sont tous les endroits que vous connaissez où on peut se procurer procurer une moustiquaire imprégnée ?</p> <p>Aucun autre endroit ?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L' HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU PUBLIC, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ... B</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ D</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS E</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ F</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT VBC G</p> <p>BOUTIQUE H</p> <p>KIOSQUE I</p> <p>AMIS/PARENTS J</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p>					
435	<p>ENREGISTREZ L'HEURE.</p>	<p>HEURES</p> <p>MINUTES</p>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>				

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE: _____ DATE: _____