

**ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME**

**EIPMD 2011**

**QUESTIONNAIRE MÉNAGE**

RÉPUBLIQUE DE MADAGASCAR  
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE  
ET DES STATISTIQUES SOCIALES

IDENTIFICATION													
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> GRAPPE MÉNAGE RÉGION COMMUNE RÉSIDENCE </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div> </div>												
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____													
NUMÉRO DE GRAPPE .....													
NUMÉRO DE MÉNAGE .....													
RÉGION .....													
COMMUNE .....													
VILLE/RURAL (VILLE=1, RURAL=2) .....													

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

CHEF D'ÉQUIPE NOM _____ DATE _____	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>			

**PRESENTATION ET CONSENTEMENT INFORME**

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour l'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 des services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour l'enquête. Je voudrais vous poser quelques questions sur votre ménage. L'enquête prend habituellement entre 10 et 20 minutes.

Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre aux 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 les personnes figurant sur cette carte.

**DONNEZ LA CARTE AVEC LES INFORMATIONS POUR CONTACTER CES PERSONNES.**  
Mr. RABEZA Victor, Institut National des Statistiques (INSTAT). Tél: 0340755950  
Dr. RAKOTONIRAINY Hortense, Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Tél: 0331161498  
Mr. RAKOTORAHALAY Andry, Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Tél: 0331463102

Signature de l'enquêtrice/enquêteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEWÉ . . . 1 L'ENQUÊTÉ REFUSE D'ÊTRE INTERVIEWÉ . . . . . 2 → FIN

### TABLEAU DE MÉNAGE

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

N <sup>o</sup> . LI-GN	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	FEMMES ELIGIBLES	ACTUELLE- MENT ENCEINTE?	ENFANTS ELIGIBLES
	S'il vous plaît, 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 habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici?	Quel âge a (NOM) ?  SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95.	ENCERCLEZ LE N <sup>o</sup> DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	POUR TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES, DEMANDEZ: (NOM) est-elle actuellement enceinte?	ENTOUREZ LES N <sup>o</sup> DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(8A)	(9)
01		<div><div></div><div></div></div>	H F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <div><div></div><div></div></div>	01	OUI NON/NSP 1 2	01
02		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	02	1 2	02
03		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	03	1 2	03
04		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	04	1 2	04
05		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	05	1 2	05
06		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	06	1 2	06
07		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	07	1 2	07
08		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	08	1 2	08
09		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	09	1 2	09
10		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	10	1 2	10
11		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	11	1 2	11
12		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	12	1 2	12
13		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	13	1 2	13
14		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	14	1 2	14
15		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	15	1 2	15
16		<div><div></div><div></div></div>	1 2	1 2	1 2	<div><div></div><div></div></div>	16	1 2	16

\* 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 = NIECE/NEVEU  
10 = NIECE/NEVEU PAR ALLIANCE  
11 = AUTRES PARENTS

12 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE/ENF DU CONJOINT  
13 = SANS PARENTE  
98 = NE SAIT PAS

N° LI-GN	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	FEMMES ELIGIBLES	ACTUELLEMENT ENCEINTE?	ENFANTS ELIGIBLES
	S'il vous plaît, 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 habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ?  SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95.	ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	POUR TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES, DEMANDEZ: (NOM) est-elle actuellement enceinte?	ENTOUREZ LES N° DE LIGNE DE TOUTES LES ENFANTS DE 0-5 ANS.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(8A)	(9)
17		<input type="text"/>	H F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <input type="text"/>	17	OUI NON/NSP 1 2	17
18		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	18	1 2	18
19		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	19	1 2	19
20		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	20	1 2	20
21		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	21	1 2	21
22		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	22	1 2	22
23		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	23	1 2	23
24		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	24	1 2	24
25		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	25	1 2	25
26		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	26	1 2	26
27		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	27	1 2	27
28		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	28	1 2	28
29		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	29	1 2	29
30		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	30	1 2	30
31		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	31	1 2	31

COCHER ICI SI VOUS UTILISEZ UNE AUTRE FEUILLE <input type="checkbox"/>	
<p>Juste pour être sûre que j'ai une liste complète :</p> <p>A) Y a-t-il d'autres personnes comme des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas listés ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> → AJOUTEZ AU TABLEAU</p> <p>NON <input type="checkbox"/></p> <p>B) Y a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques, locataires ou amis qui vivent habituellement ici ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> → AJOUTEZ AU TABLEAU</p> <p>NON <input type="checkbox"/></p> <p>C) Y a-t-il des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière ici et qui n'ont pas été listées ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> → AJOUTEZ AU TABLEAU</p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>	

# **CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																					
10	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	<b>EAU DU ROBINET</b> ROBINET DANS LOGEMENT ..... 11 ROBINET DANS COUR ..... 12 FONTAINE PUBLIQUE ..... 13 PUIITS À POMPE OU FORAGE ..... 21 <b>PUITS CREUSÉ</b> PUIITS PROTÉGÉ ..... 31 PUIITS NON PROTÉGÉ ..... 32 <b>EAU DE SOURCE</b> SOURCE PROTÉGÉE ..... 41 SOURCE NON PROTÉGÉE ..... 42 EAU DE PLUIE ..... 51 CAMION CITERNE ..... 61 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/ BARRAGE/LAC/MARE/FLEUVE/ CANAL D'IRRIGATION) ..... 81 EAU EN BOUTEILLE ..... 91  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)																						
11	Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement ?	<b>CHASSE D'EAU/CHASSE MANUELLE</b> CHASSE D'EAU CONNECTÉE : À UN SYSTÈME D'ÉGOUT ..... 11 À UNE FOSSE SEPTIQUE ..... 12 À DES LATRINES ..... 13 À QUELQUE CHOSE D'AUTRE ..... 14 À NE SAIT PAS OÙ ..... 15 <b>FOSSSES/LATRINES</b> LATRINES AMÉLIORÉES AUTO-AÉRÉES (LAA) ..... 21 LATRINES AVEC DALLE LAVABLE ... 22 LATRINES AVEC DALLE NON LAVABLE 23 LATRINES SANS DALLE/TROU OUVERT 24 TOILETTES À COMPOSTAGE ..... 31 SEAU/TINETTE ..... 41 TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES ... 51 PAS DE TOILETTES/NATURE ..... 61  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	→ 13																					
12	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																						
13	Dans ce ménage, avez-vous :	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>l'électricité ?</td><td>ÉLECTRICITÉ ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>un poste radio ?</td><td>RADIO ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>un poste télévision ?</td><td>TÉLÉVISION ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>un téléphone portable ?</td><td>TELEPHONE PORTABLE ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>un téléphone fixe ?</td><td>TÉLÉPHONE FIXE ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>un réfrigérateur ?</td><td>RÉFRIGÉRATEUR ..... 1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	l'électricité ?	ÉLECTRICITÉ ..... 1	2	un poste radio ?	RADIO ..... 1	2	un poste télévision ?	TÉLÉVISION ..... 1	2	un téléphone portable ?	TELEPHONE PORTABLE ..... 1	2	un téléphone fixe ?	TÉLÉPHONE FIXE ..... 1	2	un réfrigérateur ?	RÉFRIGÉRATEUR ..... 1	2	
	OUI	NON																						
l'électricité ?	ÉLECTRICITÉ ..... 1	2																						
un poste radio ?	RADIO ..... 1	2																						
un poste télévision ?	TÉLÉVISION ..... 1	2																						
un téléphone portable ?	TELEPHONE PORTABLE ..... 1	2																						
un téléphone fixe ?	TÉLÉPHONE FIXE ..... 1	2																						
un réfrigérateur ?	RÉFRIGÉRATEUR ..... 1	2																						

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
14	Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour cuisiner ?	ÉLECTRICITÉ ..... 01 GAZ PROPANE LIQUÉFIÉ (GPL) ..... 02 GAZ NATUREL ..... 03 BIOGAZ ..... 04 KÉROSÈNE ..... 05 CHARBON, LIGNITE ..... 06 CHARBON DE BOIS ..... 07 BOIS ..... 08 PAILLE/BRANCHAGES/HERBES ..... 09 RÉSIDUS AGRICOLES ..... 10 BOUSE ..... 11  PAS DE REPAS PRÉPARÉ DANS LE MÉNAGE ..... 95 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	
15	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL  ENREGISTRER L'OBSERVATION.	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> TERRE/SABLE ..... 11 BOUSE ..... 12 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> PLANCHES EN BOIS ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 NATTE ..... 23 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> PARQUET OU BOIS CIRÉ ..... 31 BANDES DE VINYLE/ ASPHALTE ..... 32 CARREAUX ..... 33 CIMENT ..... 34 MOQUETTE ..... 35  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	
16	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT  ENREGISTRER L'OBSERVATION.	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> PAS DE TOIT ..... 11 CHAUME/PALME/FEUILLES ..... 12 MOTTE D'HERBE ..... 13 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> NATTE ..... 21 PALME/BAMBOU ..... 22 PLANCHES EN BOIS ..... 23 CARTON ..... 24 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> TÔLE ..... 31 BOIS ..... 32 ZINC/FIBRE DE CIMENT ..... 33 TUILES ..... 34 CIMENT ..... 35 SHINGLES ..... 36  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	
17	PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS EXTÉRIEURS  ENREGISTRER L'OBSERVATION.	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> PAS DE MUR ..... 11 BAMBOU/CANE/PALME/TRONC ..... 12 TERRE ..... 13 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> BAMBOU AVEC BOUE ..... 21 PIERRE AVEC BOUE/ADOBE ..... 22 CONTRE-PLAQUÉ ..... 23 CARTON ..... 24 BOIS DE RÉCUPÉRATION ..... 25 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> CIMENT ..... 31 PIERRE AVEC CHAUX/CIMENT ..... 32 BRIQUES ..... 33 BLOCS DE CIMENT ..... 34 PLANCHE EN BOIS/SHINGLES ..... 35  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
18	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	PIÈCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
19	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède : Une montre ? Une bicyclette ? Une motocyclette ou un scooter ? Une charrette tirée par un animal ? Une voiture ou une camionnette ? Un bateau à moteur ?	<div style="text-align: right;">OUI    NON</div> MONTRE ..... 1    2 BICYCLETTE ..... 1    2 MOTOCYCLETTE/SCOOTER ... 1    2 CHARRETTE AVEC ANIMAL ... 1    2 VOITURE/CAMIONETTE ..... 1    2 BATEAU A MOTEUR ..... 1    2	
20	Est-ce que des membres de votre ménage ont un compte en banque ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
21	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours des 12 derniers mois, quelqu'un est-il venu dans votre logement pour pulvériser les murs intérieurs contre les moustiques pour contrôler le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 27
22	À combien de mois remonte cette pulvérisation de l'intérieur des murs de votre logement ?  SI MOINS D'UN MOIS, ENREGISTREZ, '00' MOIS.	MOIS DEPUIS PULVÉRISATION ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
23	Qui a pulvérisé les murs du logement?	EMPLOYEE D'UN PROGRAMME/ DU GOUVERNEMENT ..... 1 SOCIETE PRIVEE ..... 2  AUTRE ..... 6 (PRECISEZ) NE SAIT PAS ..... 8	
24	Avez-vous payé quelque chose pour la pulvérisation?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
25	Combien de temps êtes-vous resté à l'extérieur de votre logement après la pulvérisation?  SI MOINS D'UNE HEURE, ENREGISTREZ EN MINUTES SI UNE HEURE OU PLUS, ENREGISTREZ EN HEURES.	MINUTES À L'EXTERIEUR 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES À L'EXTERIEUR 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS ... 998	
26	Depuis que les murs de votre logement ont été pulvérisés, les avez-vous retouchés, par exemple en y mettant de la chaux, de la peinture, ou un enduit ou en les lavant?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS ... 8	
27	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 42
28	Combien de moustiquaires votre ménage possède-t-il ?	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES ... <input type="text"/> <input type="text"/>	

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
29	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LA/LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE.  SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S)	OBSERVÉ ..... 1  NON OBSERVÉ ... 2	OBSERVÉ ..... 1  NON OBSERVÉ ... 2	OBSERVÉ ..... 1  NON OBSERVÉ ... 2
30	Cela fait combien de mois que votre ménage a la moustiquaire ?	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS .....  37 MOIS OU PLUS 95	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS .....  37 MOIS OU PLUS 95	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS .....  37 MOIS OU PLUS 95
31	Où avez-vous obtenu la moustiquaire ?	CAMPAGNE DE DISTRIBUTION 11 CENTRE SANTE 12 AGENT COMMUNAUTAIRE ... 13 MARCHÉ ..... 14 BOUTIQUE ..... 15 AUTRE ..... 96 NE SAIT PAS ... 98 (PASSER À 33) ←	CAMPAGNE DE DISTRIBUTION 11 CENTRE SANTE 12 AGENT COMMUNAUTAIRE ... 13 MARCHÉ ..... 14 BOUTIQUE ..... 15 AUTRE ..... 96 NE SAIT PAS ... 98 (PASSER À 33) ←	CAMPAGNE DE DISTRIBUTION 11 CENTRE SANTE 12 AGENT COMMUNAUTAIRE ... 13 MARCHÉ ..... 14 BOUTIQUE ..... 15 AUTRE ..... 96 NE SAIT PAS ... 98 (PASSER À 33) ←
32	Avez-vous obtenu la moustiquaire au cours de la dernière campagne de distribution de Novembre-Décembre 2009 ou de novembre 2010 ?	OUI ..... 1 (PASSER À 33) ← NON ..... 2 NE SAIT PAS ... 8	OUI ..... 1 (PASSER À 33) ← NON ..... 2 NE SAIT PAS ... 8	OUI ..... 1 (PASSER À 33) ← NON ..... 2 NE SAIT PAS ... 8
32A	Avez-vous obtenu la moustiquaire au cours de la dernière campagne de distribution d'octobre 2007 ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ... 8
33	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LA MARQUE DE LA MOUSTIQUAIRE.  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE ET QUE VOUS NE POUVEZ PAS OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE, MONTREZ DES PHOTOS DE MOUSTIQUAIRES DE MARQUE/TYPE COURANT À L'ENQUÊTE.	<b>MOUSTIQUAIRE IMPREGNÉE À LONGUE DURÉE D'ACTION (MID)</b> OLYSET ..... 11 PERMANET ... 12 SUPER MOUSTIQUAIRE 13 MILAY ..... 14 TSARALAY ... 15 INTERCEPTOR . 16 AUTRE/NSP MARQUE ..... 17 (PASSER À 38) ←  <b>MOUSTIQUAIRE PRÉ-TRAITÉE</b> TOUTE MARQUE 21 (PASSER À 35) ← AUTRE ..... 31 NSP MARQUE ... 98	<b>MOUSTIQUAIRE IMPREGNÉE À LONGUE DURÉE D'ACTION (MID)</b> OLYSET ..... 11 PERMANET ... 12 SUPER MOUSTIQUAIRE 13 MILAY ..... 14 TSARALAY ... 15 INTERCEPTOR . 16 AUTRE/NSP MARQUE ..... 17 (PASSER À 38) ←  <b>MOUSTIQUAIRE PRÉ-TRAITÉE</b> TOUTE MARQUE 21 (PASSER À 35) ← AUTRE ..... 31 NSP MARQUE ... 98	<b>MOUSTIQUAIRE IMPREGNÉE À LONGUE DURÉE D'ACTION (MID)</b> OLYSET ..... 11 PERMANET ... 12 SUPER MOUSTIQUAIRE 13 MILAY ..... 14 TSARALAY ... 15 INTERCEPTOR . 16 AUTRE/NSP MARQUE ..... 17 (PASSER À 38) ←  <b>MOUSTIQUAIRE PRÉ-TRAITÉE</b> TOUTE MARQUE 21 (PASSER À 35) ← AUTRE ..... 31 NSP MARQUE ... 98
34	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle déjà traitée par le fabricant 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
35	Depuis que vous avez cette moustiquaire, a-t-elle été trempée ou plongée dans un liquide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 37) ← PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 37) ← PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 37) ← PAS SÛR ..... 8
36	Cela fait combien de mois que la moustiquaire a été trempée ou plongée pour la dernière fois ?  SI MOINS D'1 MOIS, ENREGISTRER '00'. SI MOINS DE 2 ANS, ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS. S'IL Y A '12 MOIS' OU '1 AN', INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE EXACT DE MOIS.	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS .....  25 MOIS OU PLUS 95  PAS SÛR ..... 98	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS .....  25 MOIS OU PLUS 95  PAS SÛR ..... 98	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS .....  25 MOIS OU PLUS 95  PAS SÛR ..... 98





N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
40	VÉRIFIER Q.38 TOUTES LES COLONNES ET LE TABLEAU MÉNAGE. LISTEZ CI-DESSOUS LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE CHAQUE MEMBRE DU MÉNAGE QUI N'A PAS DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIÈRE ET POSEZ LA QUESTION CORRESPONDANTE POUR CHAQUE PERSONNE.  SI PLUS DE 6 PERSONNES N'ONT PAS DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.		
41	<p>A) N° DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE ..... Quel est la principale raison pour laquelle, (NOM) n'a pas dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?</p> <p>NOM _____</p> <p>SI PAS D'AUTRE PERSONNE, PASSEZ À Q.42</p>	<p>N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ... 11</p> <p>PAS ASSEZ DE MOUSTIQUAIRES ..... 12</p> <p>MOUSTIQUAIRE EN MAUVAISE CONDITION/DÉTRUITI..... 13</p> <p>PERSONNE MALADE ..... 14</p> <p>CE N'EST PAS NÉCESSAIRE ..... 15</p> <p>N'AIME PAS DORMIR SOUS MOUSTIQUAIRE 16</p> <p>NE CRAINT PAS LES MOUSTIQUES ... 17</p> <p>IL FAIT TROP CHAUD ..... 18</p> <p>GARDER MOUSTIQUAIRE POUR UTILISATION FUTURE..... 19</p> <p>AUTRE ... 96</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
	<p>B) N° DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE ..... Quel est la principale raison pour laquelle, (NOM) n'a pas dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?</p> <p>NOM _____</p> <p>SI PAS D'AUTRE PERSONNE, PASSEZ À Q.42</p>	<p>N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ... 11</p> <p>PAS ASSEZ DE MOUSTIQUAIRES ..... 12</p> <p>MOUSTIQUAIRE EN MAUVAISE CONDITION/DÉTRUITI..... 13</p> <p>PERSONNE MALADE ..... 14</p> <p>CE N'EST PAS NÉCESSAIRE ..... 15</p> <p>N'AIME PAS DORMIR SOUS MOUSTIQUAIRE 16</p> <p>NE CRAINT PAS LES MOUSTIQUES ... 17</p> <p>IL FAIT TROP CHAUD ..... 18</p> <p>GARDER MOUSTIQUAIRE POUR UTILISATION FUTURE..... 19</p> <p>AUTRE ... 96</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
	<p>C) N° DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE ..... Quel est la principale raison pour laquelle, (NOM) n'a pas dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?</p> <p>NOM _____</p> <p>SI PAS D'AUTRE PERSONNE, PASSEZ À Q.42</p>	<p>N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ... 11</p> <p>PAS ASSEZ DE MOUSTIQUAIRES ..... 12</p> <p>MOUSTIQUAIRE EN MAUVAISE CONDITION/DÉTRUITI..... 13</p> <p>PERSONNE MALADE ..... 14</p> <p>CE N'EST PAS NÉCESSAIRE ..... 15</p> <p>N'AIME PAS DORMIR SOUS MOUSTIQUAIRE 16</p> <p>NE CRAINT PAS LES MOUSTIQUES ... 17</p> <p>IL FAIT TROP CHAUD ..... 18</p> <p>GARDER MOUSTIQUAIRE POUR UTILISATION FUTURE..... 19</p> <p>AUTRE ... 96</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
	<p>D) N° DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE ..... Quel est la principale raison pour laquelle, (NOM) n'a pas dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?</p> <p>NOM _____</p> <p>SI PAS D'AUTRE PERSONNE, PASSEZ À Q.42</p>	<p>N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ... 11</p> <p>PAS ASSEZ DE MOUSTIQUAIRES ..... 12</p> <p>MOUSTIQUAIRE EN MAUVAISE CONDITION/DÉTRUITI..... 13</p> <p>PERSONNE MALADE ..... 14</p> <p>CE N'EST PAS NÉCESSAIRE ..... 15</p> <p>N'AIME PAS DORMIR SOUS MOUSTIQUAIRE 16</p> <p>NE CRAINT PAS LES MOUSTIQUES ... 17</p> <p>IL FAIT TROP CHAUD ..... 18</p> <p>GARDER MOUSTIQUAIRE POUR UTILISATION FUTURE..... 19</p> <p>AUTRE ... 96</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
	<p>E) N° DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE ..... Quel est la principale raison pour laquelle, (NOM) n'a pas dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?</p> <p>NOM _____</p> <p>SI PAS D'AUTRE PERSONNE, PASSEZ À Q.42</p>	<p>N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ... 11</p> <p>PAS ASSEZ DE MOUSTIQUAIRES ..... 12</p> <p>MOUSTIQUAIRE EN MAUVAISE CONDITION/DÉTRUITI..... 13</p> <p>PERSONNE MALADE ..... 14</p> <p>CE N'EST PAS NÉCESSAIRE ..... 15</p> <p>N'AIME PAS DORMIR SOUS MOUSTIQUAIRE 16</p> <p>NE CRAINT PAS LES MOUSTIQUES ... 17</p> <p>IL FAIT TROP CHAUD ..... 18</p> <p>GARDER MOUSTIQUAIRE POUR UTILISATION FUTURE..... 19</p> <p>AUTRE ... 96</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
	<p>F) N° DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE ..... NOM _____</p> <p>Quel est la principale raison pour laquelle, (NOM) n'a pas dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?</p> <p>SI PAS D'AUTRE PERSONNE, PASSEZ À Q.42</p>	<p>N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ... 11 PAS ASSEZ DE MOUSTIQUAIRES ..... 12 MOUSTIQUAIRE EN MAUVAISE CONDITION/DÉTRUITI ..... 13 PERSONNE MALADE ..... 14 CE N'EST PAS NÉCESSAIRE ..... 15 N'AIME PAS DORMIR SOUS MOUSTIQUAIRE 16 NE CRAINT PAS LES MOUSTIQUES ... 17 IL FAIT TROP CHAUD ..... 18 GARDER MOUSTIQUAIRE POUR UTILISATION FUTURE ..... 19 AUTRE ... 96 NE SAIT PAS ..... 98</p>	
42	Possédez-vous actuellement une moustiquaire que vous n'utilisez plus pour dormir ?	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	→ 46
43	Combien de moustiquaire possédez-vous actuellement que vous n'utilisez plus pour dormir? SI 5 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, ENREGISTRER '5'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES ... <input type="text"/>	
44	<p>VÉRIFIEZ 43</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> UNE SEULE MOUSTIQUAIRE</p> <p>↓</p> <p>Que faites-vous de la moustiquaire que vous n'utilisez plus pour dormir ?</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p><input type="checkbox"/> PLUSIEURS MOUSTIQUAIRES</p> <p>↓</p> <p>Que faites-vous de la dernière moustiquaire usagée que vous n'utilisez plus pour dormir?</p> </div> </div>	<p>UTILISÉE POUR NETTOYAGE ..... 1 UTILISE COMME RIDEAU ..... 2 UTILISE POUR PROTÉGER RÉCOLTES ..... 3 UTILISE POUR LA PÊCHE ..... 4 GARDÉE POUR UTILISATION FUTURE ..... 5 AUTRE USAGE ..... 6 NE SAIS PAS ..... 8</p>	
45	<p>VÉRIFIEZ 43</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> UNE SEULE MOUSTIQUAIRE</p> <p>↓</p> <p>Préférez-vous garder la moustiquaire pour d'autres usages que dormir, ou la donner aux responsables locaux pour vous en débarrasser?</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p><input type="checkbox"/> PLUSIEURS MOUSTIQUAIRES</p> <p>↓</p> <p>Préférez-vous garder la dernière moustiquaire usagée pour d'autres usages que dormir, ou la donner aux responsables locaux pour vous en débarrasser?</p> </div> </div>	<p>GARDER POUR AUTRES USAGES ... 1 DONNER POUR S'EN DÉBARASSER . 2 NE SAIT PAS ..... 8</p>	
46	Avez-vous possédé une moustiquaire que vous n'avez plus?	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	→ 48
47	La dernière fois que vous vous êtes débarrassé de votre dernière moustiquaire, qu'en avez-vous fait?	<p>BRÛLÉ ..... 11 ENTERRÉE ..... 12 JETÉE ..... 13 COMPOSTÉE ..... 14 DONNÉE À QUELQU'UN ..... 15 ÉCHANGÉE POUR UNE NOUVELLE ..... 16 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 98</p>	

**TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS**

48	<p>VÉRIFIEZ LA COLONNE 9 DU TABLEAU DE MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS À Q.49 EN ORDRE SELON LE NUMÉRO DE LIGNE. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).  <b>ASSUREZ-VOUS DE REMPLIR Q. 56 ET 57.</b></p>			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
49	<p>NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9</p> <p>NOM DE LA COLONNE 2</p>	<p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM .....</p>	<p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM .....</p>	<p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM .....</p>
50	<p>Quelle est la date de naissance de (NOM) ?</p> <p>RECOPIEZ LE MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE À PARTIR DE 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE LA MÈRE ET DEMANDEZ LE JOUR. POUR LES ENFANTS QUI NE SONT INCLUS DANS AUCUN HISTORIQUE, DEMANDEZ LE JOUR, MOIS ET ANNÉE</p>	<p>JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
51	<p>VÉRIFIER 50 :</p> <p>ENFANT NÉ EN 2006 OU PLUS TARD ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 49 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 49 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 49 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)</p>
52	<p>VÉRIFIER 50 :</p> <p>L'ENFANT EST-IL ÂGÉ DE 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ LE MOIS DE L'INTERVIEW OU AU COURS DES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?</p>	<p>0-5 MOIS ..... 1</p> <p>(ALLEZ À 49 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)</p> <p>PLUS AGE ..... 2</p>	<p>0-5 MOIS ..... 1</p> <p>(ALLEZ À 49 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)</p> <p>PLUS AGE ..... 2</p>	<p>0-5 MOIS ..... 1</p> <p>(ALLEZ À 49 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)</p> <p>PLUS AGE ..... 2</p>
53	<p>NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT OU ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENREGISTREZ '00' SI NON LISTÉ.</p>	<p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>
54	<p>LISEZ LE CONSENTEMENT ECLAIRÉ POUR LE TEST <b>D'ANÉMIE</b> AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLEZ LE CODE ET SIGNEZ.</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>..... (SIGNATURE) .....</p> <p>REFUSÉ ..... 2</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>..... (SIGNATURE) .....</p> <p>REFUSÉ ..... 2</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>..... (SIGNATURE) .....</p> <p>REFUSÉ ..... 2</p>
55	<p>LISEZ LE CONSENTEMENT ECLAIRÉ POUR LE TEST <b>DE PALUDISME</b> AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLEZ LE CODE ET SIGNEZ.</p>	<p>ACCORDÉ TESTS RAPIDE ET FUTUR .. 1</p> <p>ACCORDÉ SEULEMENT TEST RAPIDE ..... 2</p> <p>ACCORDÉ SEULEMENT FUTUR TEST ..... 3</p> <p>..... (SIGNATURE) .....</p> <p>TESTS RAPIDE ET FUTUR REFUSÉS .. 4</p>	<p>ACCORDÉ TESTS RAPIDE ET FUTUR .. 1</p> <p>ACCORDÉ SEULEMENT TEST RAPIDE ..... 2</p> <p>ACCORDÉ SEULEMENT FUTUR TEST ..... 3</p> <p>..... (SIGNATURE) .....</p> <p>TESTS RAPIDE ET FUTUR REFUSÉS .. 4</p>	<p>ACCORDÉ TESTS RAPIDE ET FUTUR .. 1</p> <p>ACCORDÉ SEULEMENT TEST RAPIDE ..... 2</p> <p>ACCORDÉ SEULEMENT FUTUR TEST ..... 3</p> <p>..... (SIGNATURE) .....</p> <p>TESTS RAPIDE ET FUTUR REFUSÉS .. 4</p>
<b>RÉALISEZ LES TESTS SUR LES ENFANTS POUR LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ ACCORDÉ ET CONTINUEZ AVEC 58</b>				
56	<p>ENREGISTREZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI</p>	<p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENT ..... 2</p> <p>REFUSÉ ..... 3</p> <p>AUTRE ..... 6</p>	<p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENT ..... 2</p> <p>REFUSÉ ..... 3</p> <p>AUTRE ..... 6</p>	<p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENT ..... 2</p> <p>REFUSÉ ..... 3</p> <p>AUTRE ..... 6</p>

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
57	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TEST DE <b>PALUDISME</b>	TESTÉ ET SANG COLLECTÉ ..... 1 TEST REFUSÉ MAIS SANG COLLECTÉ .. 2 TESTÉ MAIS SANG REFUSÉ ..... 3 → 59 TEST ET SANG REFUSÉ ..... 4 ABSENT ..... 5 → 69 AUTRE ..... 6	TESTÉ ET SANG COLLECTÉ ..... 1 TEST REFUSÉ MAIS SANG COLLECTÉ .. 2 TESTÉ MAIS SANG REFUSÉ ..... 3 → 59 TEST ET SANG REFUSÉ ..... 4 ABSENT ..... 5 → 69 AUTRE ..... 6	TESTÉ ET SANG COLLECTÉ ..... 1 TEST REFUSÉ MAIS SANG COLLECTÉ .. 2 TESTÉ MAIS SANG REFUSÉ ..... 3 → 59 TEST ET SANG REFUSÉ ..... 4 ABSENT ..... 5 → 69 AUTRE ..... 6
58	<b>ÉTIQUETTES CODES À BARRES</b> 1) COLLEZ LA 1 <sup>ère</sup> ÉTIQUETTE DANS LA COLONNE APPROPRIÉE. 2) COLLEZ LA 2 <sup>è</sup> ÉTIQUETTE SUR LA LAME CORRESPONDANTE. 3) COLLEZ LA 3 <sup>è</sup> ÉTIQUETTE SUR LE PAPIER FILTRE CORRESPONDANT. 4) COLLEZ LA 4 <sup>è</sup> ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;">             COLLEZ LA 1<sup>ère</sup> ÉTIQUETTE ICI           </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;">             COLLEZ LA 1<sup>ère</sup> ÉTIQUETTE ICI           </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;">             COLLEZ LA 1<sup>ère</sup> ÉTIQUETTE ICI           </div>
59	VÉRIFIER Q.57 CODE RÉSULTAT DU TEST DU PALUDISME	CODE '2' ENCERCLÉ, SANG COLLECTÉ ET TEST REFUSÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> PASSEZ À 69 ←	CODE '2' ENCERCLÉ, SANG COLLECTÉ ET TEST REFUSÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> PASSEZ À 69 ←	CODE '2' ENCERCLÉ, SANG COLLECTÉ ET TEST REFUSÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> PASSEZ À 69 ←
60	RÉSULTAT DU TEST DE <b>PALUDISME</b>	POSITIF AU FALCIPARUM 1 POSITIF AU VIVAX 2 NEGATIF 3 (PASSEZ À 69) ←	POSITIF AU FALCIPARUM 1 POSITIF AU VIVAX 2 NEGATIF 3 (PASSEZ À 69) ←	POSITIF AU FALCIPARUM 1 POSITIF AU VIVAX 2 NEGATIF 3 (PASSEZ À 69) ←
61	VÉRIFIER Q.56 NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0g/dl ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 g/dl OUPLUS ..... 2	EN-DESSOUS DE 8.0g/dl ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 g/dl OUPLUS ..... 2	EN-DESSOUS DE 8.0g/dl ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 g/dl OUPLUS ..... 2
62	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants: - 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 ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROSTRATION ..... A PERTE CONSCIENCE ... B INS. RESPIRATOIRE ... C CONVULSION ..... D SAIGNEMENTS ..... E  ICTÈRE/JAUNISSE ..... F URINE NOIRE/BRUNE ... G VOMISSEMENTS ..... H	PROSTRATION ..... A PERTE CONSCIENCE ... B INS. RESPIRATOIRE ... C CONVULSION ..... D SAIGNEMENTS ..... E  ICTÈRE/JAUNISSE ..... F URINE NOIRE/BRUNE ... G VOMISSEMENTS ..... H	PROSTRATION ..... A PERTE CONSCIENCE ... B INS. RESPIRATOIRE ... C CONVULSION ..... D SAIGNEMENTS ..... E  ICTÈRE/JAUNISSE ..... F URINE NOIRE/BRUNE ... G VOMISSEMENTS ..... H
63	VÉRIFIER Q.61 ET 62  NIVEAU D'HÉMOGLOBINE (Q.61)  SYMPTÔMES (Q.62)	ANÉMIE SÉVÈRE (Q61=1) ET/OU AU MOINS UN CODE ENCLERCLÉ À Q.62 ..... 1 (PASSEZ À 66) ←  PAS D'ANÉMIE SÉVÈRE (Q.61=2) ET AUCUN CODE ENCLERCLÉ À Q.62 ..... 2	ANÉMIE SÉVÈRE (Q61=1) ET/OU AU MOINS UN CODE ENCLERCLÉ À Q.62 ..... 1 (PASSEZ À 66) ←  PAS D'ANÉMIE SÉVÈRE (Q.61=2) ET AUCUN CODE ENCLERCLÉ À Q.62 ..... 2	ANÉMIE SÉVÈRE (Q61=1) ET/OU AU MOINS UN CODE ENCLERCLÉ À Q.62 ..... 1 (PASSEZ À 66) ←  PAS D'ANÉMIE SÉVÈRE (Q.61=2) ET AUCUN CODE ENCLERCLÉ À Q.62 ..... 2

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
64	Est-ce qu'au cours des deux dernières semaines (NOM) a suivi un traitement médical contre le paludisme prescrit par un médecin, un agent de santé, ou un agent communautaire ?	OUI, SUIVI (A SUIVI) UN TRAITEMENT MEDICAL CONTRE LE PALU 1 (PASSEZ À 67) ← NON ..... 2	OUI, SUIVI (A SUIVI) UN TRAITEMENT MEDICAL CONTRE LE PALU 1 (PASSEZ À 67) ← NON ..... 2	OUI, SUIVI (A SUIVI) UN TRAITEMENT MEDICAL CONTRE LE PALU 1 (PASSEZ À 67) ← NON ..... 2
65	LISEZ LES INFORMATIONS SUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LE CONSENTEMENT INFORMÉ AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2 PUIS PASSER À 68	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2 PUIS PASSER À 68	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2 PUIS PASSER À 68
66	DÉCLARATION POUR SYMPTÔMES SÉVÈRES	LISEZ LA DÉCLARATION POUR LES ENFANTS AVEC UN TEST DU PALUDISME POSITIF ET UNE ANÉMIE SÉVÈRE ET/OU UN DES SYMPTÔMES DE Q.62 PUIS PASSER À 68	LISEZ LA DÉCLARATION POUR LES ENFANTS AVEC UN TEST DU PALUDISME POSITIF ET UNE ANÉMIE SÉVÈRE ET/OU UN DES SYMPTÔMES DE Q.62 PUIS PASSER À 68	LISEZ LA DÉCLARATION POUR LES ENFANTS AVEC UN TEST DU PALUDISME POSITIF ET UNE ANÉMIE SÉVÈRE ET/OU UN DES SYMPTÔMES DE Q.62 PUIS PASSER À 68
67	DÉCLARATION POUR LES ENFANTS DÉJÀ SOUS TRAITEMENT	LISEZ LA DÉCLARATION POUR LES ENFANTS DÉJÀ SOUS TRAITEMENT	LISEZ LA DÉCLARATION POUR LES ENFANTS DÉJÀ SOUS TRAITEMENT	LISEZ LA DÉCLARATION POUR LES ENFANTS DÉJÀ SOUS TRAITEMENT
68	NOTER LE RÉSULTAT DU TRAITEMENT DU <u>PALUDISME</u>	MÉDICAMENT DONNÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSÉ ..... 2 MAIS RÉFÉRÉ ..... 2 SÉRIEUSEMENT MALADE PAS TRAITÉ MAIS RÉFÉRÉ ..... 3 DÉJÀ TRAITÉ ET RÉFÉRÉ ..... 4	MÉDICAMENT DONNÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSÉ ..... 2 MAIS RÉFÉRÉ ..... 2 SÉRIEUSEMENT MALADE PAS TRAITÉ MAIS RÉFÉRÉ ..... 3 DÉJÀ TRAITÉ ET RÉFÉRÉ ..... 4	MÉDICAMENT DONNÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSÉ ..... 2 MAIS RÉFÉRÉ ..... 2 SÉRIEUSEMENT MALADE PAS TRAITÉ MAIS RÉFÉRÉ ..... 3 DÉJÀ TRAITÉ ET RÉFÉRÉ ..... 4
69		RETOURNER À 49 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA 1 <sup>ère</sup> COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S); S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW.		

### DECLARATION DE CONSENTEMENT INFORME POUR LE TEST D'ANEMIE

Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.

Nous demandons que tous les enfants nés en 2006 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.

Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et sera détruit. Les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels. Si le test indique que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère, nous le référerons au centre de santé le plus proche pour suivi.

Avez-vous des questions sur le teste d'anémie ?

Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'.

C'est votre décision.

Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) à participer au test d'anémie ?

### DECLARATION DE CONSENTEMENT INFORME POUR LE TEST DE PALUDISME

Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.

Nous demandons que tous les enfants nés en 2006 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. (Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie).

Une goutte de sang sera testée immédiatement pour le paludisme et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les autres gouttes de sang seront testées plus tard en laboratoire pour des analyses plus poussées sur le paludisme. Les résultats de ces tests additionnels ne pourront pas vous être retournés. Les résultats sont strictement confidentiels.

Nous souhaiterons avoir votre consentement pour tester (NOM DE L'ENFANT) immédiatement pour le paludisme et pour utiliser quelques gouttes de sang pour des tests supplémentaires de paludisme au laboratoire central.

Avez-vous des questions sur le test de paludisme ?

Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'.

C'est votre décision.

Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) à participer au test de paludisme ?

### TRAITEMENT DES ENFANTS AVEC UN TEST DU PALUDISME POSITIF

SI LE TEST DE PARASITÉMIE PALUSTRE EST POSITIF: Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a le paludisme. Nous pouvons vous offrir des médicaments gratuits. Ces médicaments sont appelés ACT. ACT est très efficace et devra en quelques jours débarrasser (NOM DE L'ENFANT) de la fièvre et d'autres symptômes. ACT est également très sûr. Cependant, avec chaque médicament, il y a des effets secondaires, et ce médicament peut en avoir. Les effets secondaires les plus communs sont le vertige, la fatigue, le manque d'appétit et les palpitations.

C'est à vous décider.

Dites-moi SVP si vous acceptez le médicament ou non? pour traiter (NOM DE L'ENFANT). Si vous n'acceptez pas, je référerai (NOM DE L'ENFANT) au centre de santé le plus proche pour traitement.

#### TRAITEMENT AVEC ACT (Artésunate Amodiaquine Winthrop)

Enfants de moins de 1 an ou de moins de 8 Kgs	Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)
Enfants de 1-5 ans ou de 8-17 Kgs	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)

#### IL FAUT ÉGALEMENT DIRE AU PARENT/RESPONSABLE ADULTE DE L'ENFANT :

Si [NOM DE L'ENFANT] a un des symptômes suivants, vous devez le/la mener immédiatement auprès d'un médecin ou d'un agent de santé pour recevoir des soins:

- Forte fièvre
- Convulsions, coma
- Respiration rapide ou difficulté de respirer
- N'est pas capable de boire ou de têter
- Devient plus malade ou ne s'améliore pas dans 2 jours

#### DECLARATION POUR LES ENFANTS AVEC UN TEST DU PALUDISME POSITIF ET UNE SEVERE ANEMIE ET/OU UN DES SYMPTOMES DE Q.58.B

Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a le paludisme. Mais il a également (UNE ANÉMIE SÉVÈRE Q.58 ET/OU UN OU DES SYMPTOMES DE Q.59) c'est-à-dire qu'il est sérieusement malade. Je ne peux pas lui donner de traitement, mais vous devez le/la mener immédiatement auprès d'un médecin ou d'un agent de santé pour traitement.

#### DECLARATION POUR LES ENFANTS AVEC UN TEST DU PALUDISME POSITIF ET DEJA SOUS TRAITEMEN

Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) suit/vient de suivre un traitement contre le paludisme, cependant le test pour le diagnostic du paludisme montre qu'il/elle a toujours le paludisme. Je ne peux pas lui donner de traitement, mais vous devriez le/la mener auprès d'un médecin ou d'un agent de santé pour des examens supplémentaires.

**ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME**  
**EIPMD 2011**  
**QUESTIONNAIRE FEMME**

RÉPUBLIQUE DE MADAGASCAR  
 INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE  
 ET DES STATISTIQUES SOCIALES

IDENTIFICATION																			
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>                     GRAPPE MÉNAGE RÉGION COMMUNE RÉSIDENCE N° DE LIGNE                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div> </div>																		
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																			
NUMÉRO DE GRAPPE .....																			
NUMÉRO DE MÉNAGE .....																			
RÉGION .....																			
COMMUNE .....																			
VILLE/RURAL (VILLE=1, RURAL=2) .....																			
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____																			

VISITES D'ENQUÊTRICE																				
	1	2	3	VISITE FINALE																
DATE  NOM DE L'ENQUÊTRICE  RÉSULTAT*	_____  _____  _____	_____  _____  _____	_____  _____  _____	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>                         JOUR MOIS ANNÉE NOM RÉSULTAT                     </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div> </div>																
PROCHAINE DATE VISITE : <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>HEURE</span> <span></span> </div>	_____  _____	_____  _____		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NOMBRE TOTAL DE VISITES</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>																

**\*CODES RÉSULTAT**

1 REMPLI	4 REFUSÉ	
2 PAS À LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI	7 AUTRE _____
3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ	(PRÉCISEZ)

CHEF D'ÉQUIPE NOM _____	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>	DATE _____
-------------------------	---	------------

# 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. RAKOTONIRAINY Hortense, Programme Nationale de Lutte contre la Malaria (PNLP). Tél: 0331161498

Mr. RAKOTORAHALAY Andry, Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Tél: 0331463102

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 ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/>	
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 '00'.	CLASSE/ANNÉE ..... <input type="text"/>	

NIVEAU D'ÉDUCATION				
NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1	SECONDAIRE 2	SUPÉRIEUR
CLASSE	0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE			
	T1 = 1 T2 = 2 T3 = 3 T4 = 4 T5 = 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	<p>VÉRIFIER 105 :</p> <p>PRIMAIRE <input type="checkbox"/>      SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>		→ 109
108	<p>Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase.</p> <p>MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de cette phrase ?</p>	<p>NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1</p> <p>PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES DE PHRASE ..... 2</p> <p>PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3</p> <p>PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉE ..... 4</p> <p>AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ... 5</p>	
109	<p>Quelle est votre religion ?</p>	<p>CATHOLIQUE ..... 01</p> <p>PROTESTANTE/FLM ..... 02</p> <p>MUSULMANE ..... 03</p> <p>TRADITIONNELLE/ANIMISTE ..... 04</p> <p>SANS RELIGION/AUCUNE ..... 05</p> <p>SECTE ..... 06</p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)</p>	

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 ?	SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	SI EN VIE : 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"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 (NAISS. SUIVANTE)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .... 1 NON ... 2	N° LIGNE <input type="text"/> (NAISS.SUIV.)	
02	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .... 1 NON ... 2	N° LIGNE <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2
03	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .... 1 NON ... 2	N° LIGNE <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2
04	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .... 1 NON ... 2	N° LIGNE <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2
05	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .... 1 NON ... 2	N° LIGNE <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2
06	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .... 1 NON ... 2	N° LIGNE <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2
07	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .... 1 NON ... 2	N° LIGNE <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
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 style="text-align: center;"> <p>(INSISTEZ ET CORRIGEZ)</p> </div> </div>		
223	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2006 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	→ 226
225	<p>Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ?</p> <p>ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.</p>	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 2006 OU PLUS TARD</p> <input type="checkbox"/> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PAS DE NAISSANCES EN 2006 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	
305	Au cours de cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour prévenir le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 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 ENCERCLÉ <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 SOUVENT PAS ..... 8	
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 PRÉNATLS D'UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ REÇU DURANT CETTE GROSSESSE ?	CODE 'A', OU 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  AUTRE <input type="checkbox"/> 	→ 315



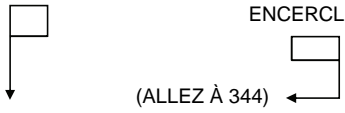

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
311	Avez-vous obtenu le traitement préventif intermittent (SP/Fansidar) durant une visite prénatale, lors d'une autre visite dans un établissement de santé ou auprès d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE ..... 1 AUTRE VISITE DANS ÉTABLISSEMENT SANITAIRE ..... 2 STRATEGIES AVANCEES/SSME ... 3 AUTRE SOURCE ..... 6 (PRÉCISER)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 40px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 10px; height: 10px;"></div> </div> → 315
312	VÉRIFIER 306 :  SEULEMENT MÉDICAMENT INCONNU PRIS, À TITRE PRÉVENTIF, CONTRE LE PALUDISME	SEULEMENT CODE 'Z' ENGERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE CAS <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 10px; height: 10px;"></div> </div> → 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, ENREGISTREZ '95'	NOMBRE DE FOIS ..... <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" 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 style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> NE SE SOUVENT PAS ..... 8	
315	VÉRIFIEZ 215 ET 216:  UN ENFANT VIVANT OU PLUS NÉ EN 2006 OU PLUS TARD	PAS D'ENFANT VIVANT NÉ EN 2006 OU PLUS TARD	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 10px; height: 10px;"></div> </div> → 401

**CHEZ LES ENFANTS**

316	<p>NOTEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE CHAQUE ENFANT VIVANT NÉ EN 2006 OU PLUS TARD. (S'IL Y A PLUS DE 2 ENFANTS VIVANTS NÉS EN 2006 OU PLUS TARD, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).</p> <p>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).</p>		
317	NOM ET NUMÉRO DE LIGNE SELON Q. 212	<p>DERNIÈRE ENFANT</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>	<p>AVANT-DERNIÈRE-ENFANT</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>
319	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre à un moment quelconque au cours des 2 dernières semaines ?	<p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>(ALLEZ À 317 COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 394) ←</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8</p>	<p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>(ALLEZ À 317 COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 394) ←</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8</p>
320	Il y a combien de jours que la fièvre a commencé ?	<p>IL Y A.....JOURS . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 98</p>	<p>IL Y A.....JOURS . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 98</p>
321	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre auprès d'une source quelconque ?	<p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>(PASSEZ À 324) ←</p>	<p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>(PASSEZ À 324) ←</p>
322	<p>Où avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement ?</p> <p>Nulle part ailleurs ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES SOURCES MENTIONNÉES.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CTR HÔPITALIER II . . . . . A</p> <p>CTR HÔPITALIER I . . . . . B</p> <p>CTR DE SANTÉ DE BASE II . . . . . C</p> <p>CTR DE SANTÉ DE BASE I . . . . . D</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . F</p> <p>CTR DE SANTÉ PRIVÉ . . . . . G</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS . . . . . H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ . . . . . I</p> <p>CENTRE PF/FISA . . . . . J</p> <p>TOP RESEAU . . . . . K</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>AGENT COMMUNAUTAIRE . . . . . M</p> <p>BOUTIQUE . . . . . N</p> <p>KIOSQUE . . . . . O</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . . . P</p> <p>AMI/MEMBRE DE LA FAMILLE . . . . . Q</p> <p>MARCHE . . . . . R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CTR HÔPITALIER II . . . . . A</p> <p>CTR HÔPITALIER . . . . . B</p> <p>CTR DE SANTÉ DE BASE II . . . . . C</p> <p>CTR DE SANTÉ DE BASE I . . . . . D</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . F</p> <p>CTR DE SANTÉ PRIVÉ . . . . . G</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS . . . . . H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ . . . . . I</p> <p>CENTRE PF/FISA . . . . . J</p> <p>TOP RESEAU . . . . . K</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>AGENT COMMUNAUTAIRE . . . . . M</p> <p>BOUTIQUE . . . . . N</p> <p>KIOSQUE . . . . . O</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . . . P</p> <p>AMI/MEMBRE DE LA FAMILLE . . . . . Q</p> <p>MARCHE . . . . . R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>


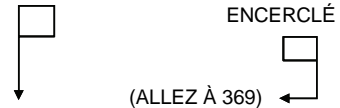


		DERNIÈRE ENFANT	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
323	Combien de jours après le début de la fièvre, avez-vous commencé à rechercher un traitement pour (NOM) ? SI LE MÊME JOUR, ENREGISTREZ '00'.	JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
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 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
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
326	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?  Pas d'autres médicaments ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.   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.	ANTIPALUDIQUES SP/FANSIDAR ..... A CHLOROQUINE ..... B AMODIAQUINE ..... C QUININE ..... D ACTIPAL (ACT) ..... E LARIMAL (ACT) ..... F ARTEMODI (ACT) ..... G ARSUMOON (ACT) ..... H FALCIMON (ACT) ..... I AUTRE COMBINAISON À BASE D'ARTÉMISININE (ACT/ACTm) NON DÉTERMINÉ ..... J AUTRE ANTI-PALUDIQUE ..... K (PRÉCISEZ)  ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP ..... L INJECTION ..... M  AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE ..... N ACETAMINOPHEN ..... O IBUPROFEN ..... P PARACETAMOL ..... Q AUTRE ..... X (PRÉCISER)  NE SAIT PAS ..... Z	ANTIPALUDIQUES SP/FANSIDAR ..... A CHLOROQUINE ..... B AMODIAQUINE ..... C QUININE ..... D ACTIPAL (ACT) ..... E LARIMAL (ACT) ..... F ARTEMODI (ACT) ..... G ARSUMOON (ACT) ..... H FALCIMON (ACT) ..... I AUTRE COMBINAISON À BASE D'ARTÉMISININE (ACT/ACTm) NON DÉTERMINÉ ..... J AUTRE ANTI-PALUDIQUE ..... K (PRÉCISEZ)  ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP ..... L INJECTION ..... M  AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE ..... N ACETAMINOPHEN ..... O IBUPROFEN ..... P PARACETAMOL ..... Q AUTRE ..... X (PRÉCISER)  NE SAIT PAS ..... Z
327	Combien avez-vous payé en tout pour les médicaments et consultations pour la fièvre de (NOM) ? ENREGISTREZ LE COÛT EN ARIARY SI PLUS DE 99 000 ARIARY, ENREGISTREZ 99 000.	COÛT ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 99995 NE SAIT PAS ..... 99998	COÛT ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 99995 NE SAIT PAS ..... 99998
328	VÉRIFIER 326 : Y A-T-IL UN CODE DE 'A' À 'K' ENCERCLÉ ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 385)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 385)
329	VÉRIFIER 326 : SP/FANSIDAR ('A') DONNÉE ?	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 334)	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 334)
330	SI VOUS POUVEZ VOIR LA SP/FANSIDAR, VÉRIFIEZ SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE.  SI LA SP/FANSIDAR N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que la SP/Fansidar 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


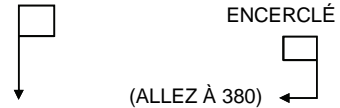

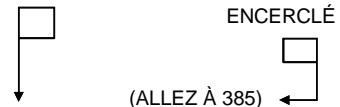


		DERNIÈRE ENFANT	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
331	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre la SP/Fansidar ?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 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
332	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris la SP/Fansidar ?  SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS ..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 8
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

		DERNIÈRE ENFANT	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
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"/>
344	VÉRIFIER 326 :  QUININE ('D') DONNÉE?	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 349) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'D' NON 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="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> 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="text"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/>
349	VÉRIFIER 326 :  ACTIPAL ('E') DONNÉ?	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 354) ←	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON 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

		DERNIÈRE ENFANT	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
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="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> 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="text"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/>
354	VÉRIFIER 326 :  LARIMAL ('F') DONNÉ?	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 359) ←	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 359) ←
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 l e Larimal 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
356	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre le Larimal ?	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
357	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris le Larimal ?  SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8
358	Combien de comprimés de Larimal ou ampoules (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"/>
359	VÉRIFIER 326 :  ARTEMODI ('G') DONNÉ?	CODE 'G' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'G' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 364) ←	CODE 'G' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'G' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 364) ←
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?	DATE EXPIRATION VALIDE ..... 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	DATE EXPIRATION VALIDE ..... 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8

		DERNIÈRE ENFANT	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
361	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'Artemodi ?	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
362	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris l'Artemodi ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8
363	Combien de comprimés d'Artemodi (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"/>
364	VÉRIFIER 326 : ARSUMOON ('H') DONNÉ?	CODE 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (ALLEZ À 369)	CODE 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (ALLEZ À 369)
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?	CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (ALLEZ À 374)	CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (ALLEZ À 374)
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

		DERNIÈRE ENFANT	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
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"/>
374	VÉRIFIER 326 :  AUTRE ATC ATCm NON DÉTERMINÉ ('J') DONNÉ?	CODE 'J' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'J' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (ALLEZ À 380) ←	CODE 'J' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'J' 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"/> NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> 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 ('K') DONNÉ ?	CODE 'K' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'K' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (ALLEZ À 385) ←	CODE 'K' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'K' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (ALLEZ À 385) ←

		DERNIÈRE ENFANT	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
381	<p>SI VOUS POUVEZ VOIR L'AUTRE ANTIPALUDIQUE, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE.</p> <p>SI L'AUTRE ANTIPALUDIQUE N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que le (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDIQUE) 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>
382	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDIQUE) ?	<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>
383	<p>Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDIQUE) ?</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>
384	<p>Combien de comprimés de (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDIQUE) (NOM) a-t-il/elle pris par jour ?</p> <p>SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.</p>	<p>NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/></p>	<p>NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/></p>
385	Est-ce que (NOM) a pris tous les médicaments qui lui ont été prescrits contre la fièvre?	<p>OUI . . . . . 1 (PASSEZ À 387) ←</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8 (PASSEZ À 387) ←</p>	<p>OUI . . . . . 1 (PASSEZ À 387) ←</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8 (PASSEZ À 387) ←</p>
386	Pourquoi (NOM) n'a-t-il/elle pas pris tous les médicaments qui lui ont été prescrits?	<p>TOUJOURS EN COURS DE TRAITEMENT . . . . . 1</p> <p>ARRÊTÉ PARCE ENFANT GUÉRI/ SANTÉ S'EST AMÉLIORÉE/ MÉDICAMENTS PLUS NÉCESSAIRES . . . . . 2</p> <p>AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8</p>	<p>TOUJOURS EN COURS DE TRAITEMENT . . . . . 1</p> <p>ARRÊTÉ PARCE ENFANT GUÉRI/ SANTÉ S'EST AMÉLIORÉE/ MÉDICAMENTS PLUS NÉCESSAIRES . . . . . 2</p> <p>AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8</p>
387	<p>Est-ce que (NOM) avait un des symptômes suivants ?</p> <p>- Fièvre très élevée, supérieure à 39.5° ?</p> <p>- Anémie?</p> <p>- Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême?</p> <p>- Perte de conscience?</p> <p>- Insuffisance respiratoire sévère?</p> <p>- Convulsions?</p> <p>- Saignements anormaux?</p> <p>- Ictère/Jaunisse (avec coloration des yeux)?</p> <p>- Urine noire ou brune?</p> <p>- Vomissement irrésistible ?</p> <p>- Refusait de manger ou de téter ?</p>	<p style="text-align: right;">O N N U O S I N P</p> <p>FIÈVRE ÉLEVÉE . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>ANÉMIE . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>PROSTRATION . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>PERTE CONSCIENC . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>RESPIRATION . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>CONVULSION . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>SAIGNEMENTS . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>ICTÈRE/JAUNISSE . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>URINE NOIRE . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>VOMISSEMENTS . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>REFUS MANGER/TÉTER . . 1 . 2 . 8</p>	<p style="text-align: right;">O N N U O S I N P</p> <p>FIÈVRE ÉLEVÉE . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>ANÉMIE . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>PROSTRATION . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>PERTE CONSCIENC . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>RESPIRATION . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>CONVULSION . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>SAIGNEMENTS . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>ICTÈRE/JAUNISSE . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>URINE NOIRE . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>VOMISSEMENTS . . . . . 1 . 2 . 8</p> <p>REFUS MANGER/TÉTER . . 1 . 2 . 8</p>
388		RETOURNEZ À 317 À COLONNE SUIVANTE, OU, SI PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 389.	RETOURNEZ À 317 À LA 1 <sup>ERE</sup> COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE, OU, SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 389.

		DERNIÈRE ENFANT NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT NOM _____
389	VÉRIFIER 319 : UN ENFANT A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ?  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> UN ENFANT OU PLUS <input type="checkbox"/> A EU DE LA FIÈVRE ↓ </div> <div style="width: 45%;"> AUCUN ENFANT N'A <input type="checkbox"/> EU DE LA FIÈVRE </div> </div> <div style="text-align: right;">→ 394</div>		
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 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	
392	Quand votre/vos enfants ont la fièvre, le traitement, (y compris les consultations ) est-il abordable ou inabordable ?  SI ABORDABLE: Est-il très abordable ou abordable?  SI INABORDABLE: Est-il inabordable ou vraiment inabordable?	TRÈS ABORDABLE ..... 1 ABORDABLE ..... 2 INABORDABLE ..... 3 VRAIMENT INABORDABLE ..... 4	
393	Quand votre/vos enfant(s) ont la fièvre, les antipaludiques sont-ils toujours disponibles ou pas disponibles ?  SI DISPONIBLE: Est ce toujours disponibles ou assez souvent disponibles?  SI PAS DISPONIBLE: Est ce rarement disponibles ou jamais disponibles?	TOUJOURS DISPONIBLES ..... 1 ASSEZ SOUVENT DISPONIBLES ..... 2 RAREMENT DISPONIBLES ..... 3 JAMAIS DISPONIBLES ..... 4	
394	Si la fièvre de votre enfant est traitée avec un antipaludique, est-ce que la fièvre va baisser rapidement?  SI OUI: Est ce toujours ou parfois?  SI NON: Est ce rarement ou jamais?	TOUJOURS ..... 1 PARFOIS ..... 2 RAREMENT ..... 3 JAMAIS ..... 4	
395	Gardez-vous des doses partielles de médicaments antipaludiques pour les utiliser éventuellement dans le futur ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

## 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 MOUSTICHAIRE ..... A</p> <p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTICHAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE ..... B</p> <p>EN PRENANT DES MÉDICAMENTS PRÉVENTIFS ..... C</p> <p>EN PRENANT DES COMPRIMÉS PENDANT LA GROSSESSE ..... D</p> <p>EN UTILISANT UN INSECTICIDE/ DIFFUSEURS/CRÈMES/ LOTIONS/RÉPULSIFS ..... E</p> <p>EN UTILISANT UN SERPENTIN ANTI-MOUSTIQUES ..... F</p> <p>EN ÉVITANT D'ATTRAPER FROID ... G</p> <p>EN ÉVITANT L'EXPOSITION À LA LUMIÈRE DIRECTE DU SOLEIL ... H</p> <p>EN NETTOYANT LES ENVIRONS .... I</p> <p>ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE J</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>	
405	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assisté à des sensibilisation sur le traitement du paludisme par un Chef Fokontany ?</li> <li>- Assisté à des sensibilisation sur le traitement du paludisme par un agent communautaire ?</li> <li>- Assisté à des sensibilisation sur le traitement du paludisme par MVU ?</li> <li>- Assisté à des sensibilisation sur le traitement du paludisme par quelqu'un d'autre ?</li> <li>- Entendu parler du traitement du paludisme à la radio ?</li> <li>- Vu quelque chose concernant le traitement du paludisme à la télévision ?</li> <li>- Vu quelque chose concernant le traitement du paludisme dans un journal ou un magazine ?</li> </ul>	<p>OUI NON</p> <p>CHEF FOKONTANY ..... 1 2</p> <p>AGENT COMMUNAUTAIRE ... 1 2</p> <p>MVU ..... 1 2</p> <p>QUELQU'UN D'AUTRE ..... 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"> <li>- L'utilisation d'ACTIPAL ?</li> <li>- L'utilisation ACT ?</li> <li>- Le prix d'achat du traitement?</li> <li>- La disponibilité du traitement ?</li> <li>- L'efficacité du traitement ?</li> <li>- Autres messages sur le traitement du paludisme ?</li> </ul>	<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"> <li>- Assisté à des sensibilisation sur la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme par un Chef Fokontany ?</li> <li>- Assisté à des sensibilisation sur la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme par un agent communautaire ?</li> <li>- Assisté à des sensibilisation sur la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme par MVU ?</li> <li>- Assisté à des sensibilisation sur la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme par quelqu'un d'autre ?</li> <li>- Entendu parler la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme à la radio ?</li> <li>- Vu quelque chose concernant la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme à la télévision ?</li> <li>- Vu quelque chose concernant la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme dans un journal ou un magazine ?</li> </ul>	<p>OUI NON</p> <p>CHEF FOKONTANY ..... 1 2</p> <p>AGENT COMMUNAUTAIRE ... 1 2</p> <p>MVU ..... 1 2</p> <p>QUELQU'UN D'AUTRE ..... 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"> <li>- Où chercher une MID ?</li> <li>- Quand chercher une MID ?</li> <li>- La MID est gratuite ?</li> <li>- Comment suspendre une MID ?</li> <li>- Comment entretenir une MID ?</li> <li>- Quand est-ce qu'on utilise la MID ?</li> <li>- Intérêt de prendre la MID ?</li> <li>- Autre message sur la MID ?</li> </ul>	<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>INTÉRÊTE DE PRENDRE ..... 1 2</p> <p>AUTRE ..... 1 2</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
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"> <li>- Rester en dehors de la maison après pulvérisation intra domiciliaire ?</li> <li>- Le fait que la pulvérisation intra domiciliaire n'est pas dangereuse pour la santé ?</li> <li>- Autre message sur le CAID ?</li> </ul>	<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"> <li>- Le TPI ?</li> <li>- Autre message sur les femmes enceintes pour la prévention du paludisme ?</li> </ul>	<p>OUI NON</p> <p>TPI ..... 1 2</p> <p>AUTRE ..... 1 2</p>	
411	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des antipaludiques ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
412	Est-ce qu'un enfant qui a la fièvre doit aller au centre de santé ou peut rester à la maison pour suivre un traitement ?	<p>CENTRE DE SANTE ..... 1</p> <p>MAISON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
413	<p>Avez-vous entendu parler de :</p> <p>ACTipal?</p> <p>Larimal?</p> <p>Artemodi?</p> <p>Arsumoon?</p> <p>Falcimon?</p> <p>ACT?</p> <p>ACTm?</p>	<p>OUI NON</p> <p>ACTIPAL ..... 1 2</p> <p>LARIMAL ..... 1 2</p> <p>ARTEMODI ..... 1 2</p> <p>ARSUMOON ..... 1 2</p> <p>FALCIMON ..... 1 2</p> <p>ACT ..... 1 2</p> <p>ACTm ..... 1 2</p>	
415	Quel est, selon vous, l'antipaludique le plus efficace pour traiter les femmes enceintes qui ont des symptômes de paludisme?	<p>ACTIPAL ..... 11</p> <p>LARIMAL ..... 12</p> <p>ARTEMODI ..... 13</p> <p>ARSUMOON ..... 14</p> <p>FALCIMON ..... 15</p> <p>ACT ..... 16</p> <p>ACTm ..... 17</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
416	Quel est, selon vous, l'antipaludique le plus efficace pour traiter les enfants de moins de cinq ans ?	<p>ACTIPAL ..... 11</p> <p>LARIMAL ..... 12</p> <p>ARTEMODI ..... 13</p> <p>ARSUMOON ..... 14</p> <p>FALCIMON ..... 15</p> <p>ACT ..... 16</p> <p>ACTm ..... 17</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
417	<p>Qu'est ce qu'une femme enceinte doit faire pendant la grossesse pour éviter le paludisme ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE</p>	<p>PRENDRE 2 DOSES DE TPI (SP) ..... A  DORMIR SOUS UNE MID ..... B  TPI ..... C</p> <p>AUTRE ..... X  (PRECISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
418	<p>Où est-ce qu'une femme enceinte doit se rendre pour recevoir 2 doses de traitement préventif intermittent (SP) au cours de sa grossesse ?</p>	<p>CSB ..... 1  HOPITAL ..... 2</p> <p>AUTRE ..... 6  (PRECISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
419	<p>Vos amis ou voisins encouragent les femmes enceintes à obtenir des comprimés dans les centres de santé pour leur permettre d'éviter de contracter le paludisme?</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord</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 A FAIT D'ACCORD ..... 1  D'ACCORD ..... 2</p> <p>PAS D'ACCORD ..... 3  PAS DU TOUT D'ACCORD ..... 4</p>	
420	<p>Selon vous, quels sont les avantages à dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ?</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 INSECTI. 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)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
421	<p>Selon vous, quels sont les inconvénients à dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ?</p> <p>INSITEZ : 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 EFFICAC. H  MOUSTIQUAIRE SE SALIT VITE ..... I  PAS D'INCONVENIENT ..... J  AUTRE ..... X  (PRECISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
422	<p>Pendant quels mois ou saisons de l'année, les gens doivent-ils dormir sous une moustiquaire traitée avec des insecticides ?</p>	<p>SAISON SECHE ..... 1  SAISON HUMIDE ..... 2  TOUTE L'ANNÉE ..... 3  NE SAIT PAS ..... 8</p>	
423	<p>Pensez-vous que le prix d'une super moustiquaire vendue à 3000 ariary est abordable ?</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2  NE SAIT PAS ..... 8</p>	
424	<p>Avez-vous souvent, rarement ou jamais des conversations avec vos amis ou voisins sur le paludisme ?</p>	<p>SOUVENT ..... 1  RAREMENT ..... 2  JAMAIS ..... 3</p>	
425	<p>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>	<p>EXTREMEMENT IMPORTANT ..... 1  TRES IMPORTANT ..... 2  PEU IMPORTANT ..... 3  PAS IMPORTANT DU TOUT ..... 4</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
426	Vous arrive-t-il d'utiliser des moustiquaires pour autre chose que pour dormir dessous: tout le temps, parfois, rarement, jamais?	TOUT LE TEMPS ..... 1 PARFOIS ..... 2 RAREMENT ..... 3 JAMAIS ..... 4 N'A JAMAIS EU DE MOUSTIQUAIRE . 4	
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	Êtes-vous tout d'accord ou pas d'accord avec l'opinion suivante : les moustiquaires imprégnées d'insecticide ont des effets négatifs sur la santé.  SI D'ACCORD : Êtes-vous d'accord ou tout à fait d'accord ?  SI PAS D'ACCORD: N'êtes-vous pas d'accord ou pas du tout d'accord ?	TOUT A FAIT D'ACCORD ..... 1 D'ACCORD ..... 2 PAS D'ACCORD ..... 3 PAS DU TOUT D'ACCORD ..... 4	
429	Êtes-vous tout d'accord ou pas d'accord avec l'opinion suivante: Dans cette communauté, la plupart des gens dorment sous une moustiquaire imprégnée chaque nuit.  SI D'ACCORD : Êtes-vous d'accord ou tout à fait d'accord ?  SI PAS D'ACCORD: N'êtes-vous pas d'accord ou pas du tout d'accord ?	TOUT À FAIT D'ACCORD ..... 1 D'ACCORD ..... 2 PAS D'ACCORD ..... 3 PAS DU TOUT D'ACCORD ..... 4	
430	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.  SI D'ACCORD : Êtes-vous d'accord ou tout à fait d'accord ?  SI PAS D'ACCORD: N'êtes-vous pas d'accord ou pas du tout d'accord ?	TOUT À FAIT D'ACCORD ..... 1 D'ACCORD ..... 2 PAS D'ACCORD ..... 3 PAS DU TOUT D'ACCORD ..... 4	
431	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.  SI D'ACCORD : Êtes-vous d'accord ou tout à fait d'accord ?  SI PAS D'ACCORD: N'êtes-vous pas d'accord ou pas du tout d'accord ?	TOUT À FAIT D'ACCORD ..... 1 D'ACCORD ..... 2 PAS D'ACCORD ..... 3 PAS DU TOUT D'ACCORD ..... 4	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À				
432	Quelle est la marque de moustiquaire imprégnée que vous préférez?	OLYSET ..... 11 PERMANET ..... 12 SUPER MOUSTIQUAIRE ..... 13 MILAY ..... 14 TSARALAY ..... 15 INTERCEPTOF ..... 16 POLYESTER ..... 17 POLYETHYLENE ..... 18 N'IMPORTE ..... 19 AUTRE ..... 96 AUCUNE/NE SAIT PAS ..... 98					
433	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une moustiquaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 435				
434	Quels sont tous les endroits que vous connaissez où on peut se procurer une moustiquaire imprégnée ?  Aucun autre endroit ?  INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L' HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU PUBLIC, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ... A CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ... B .  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... C CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... D PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS ..... E MÉDECIN PRIVÉ ..... F  <b>AUTRE SOURCE</b> AGENT VBC ..... G BOUTIQUE ..... H KIOSQUE ..... I AMIS/PARENTS ..... J AUTRE ..... X (PRÉCISER)					
435	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURES ..... MINUTES .....	<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'EQUIPE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_