

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME AU BURKINA FASO (EIPBF-2014)
QUESTIONNAIRE FEMME

BURKINA FASO
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (INSD)
PROGRAMME D' APPUI AU DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PADS)
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME (PNLP)

| IDENTIFICATION | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|------------|----------------------|--------|----------------------|--------|----------------------|--------|----------------------|-----------------|----------------------|-------------|----------------------|
| NOM DE LA LOCALITÉ _____ | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">GRAPPE</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CONCESSION</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MENAGE</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>REGION</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MILIEU</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MILIEU DETAILLE</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>N° DE LIGNE</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table> | GRAPPE | <input type="text"/> | CONCESSION | <input type="text"/> | MENAGE | <input type="text"/> | REGION | <input type="text"/> | MILIEU | <input type="text"/> | MILIEU DETAILLE | <input type="text"/> | N° DE LIGNE | <input type="text"/> |
| GRAPPE | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| CONCESSION | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| MENAGE | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| REGION | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| MILIEU | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| MILIEU DETAILLE | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| N° DE LIGNE | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| NUMÉRO DE GRAPPE | | | | | | | | | | | | | | | |
| NUMÉRO DE CONCESSION | | | | | | | | | | | | | | | |
| NUMÉRO DE MÉNAGE | | | | | | | | | | | | | | | |
| REGION ADMINISTRATIVE _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| MILIEU (URBAIN = 1 , RURAL = 2) | | | | | | | | | | | | | | | |
| MILIEU DETAILLE (OUAGADOUGOU= 1, AUTRE VILLE = 2, RURAL = 3) | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____ | | | | | | | | | | | | | | | |

| VISITES D'ENQUÊTRICE | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------|------|----------------------|------------------------|----------------------|------------|----------------------|------------|----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | VISITE FINALE | | | | | | | | | | |
| DATE | _____ | _____ | _____ | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">JOUR</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MOIS</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ANNÉE</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>N° ENQUÊT.</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>RÉSULTAT</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table> | JOUR | <input type="text"/> | MOIS | <input type="text"/> | ANNÉE | <input type="text"/> | N° ENQUÊT. | <input type="text"/> | RÉSULTAT | <input type="text"/> |
| JOUR | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| MOIS | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| ANNÉE | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| N° ENQUÊT. | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| RÉSULTAT | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| NOM DE L'ENQUÊTRICE | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | |
| RÉSULTAT* | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | |
| PROCHAINE DATE VISITE : HEURE | _____ | _____ | | NOMBRE TOTAL DE VISITES <input style="width: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | |
| <p>* CODES RÉSULTAT :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 REMPLI</td> <td style="width: 33%;">4 REFUSÉ</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>2 PAS À LA MAISON</td> <td>5 PARTIELLEMENT REMPLI</td> <td>7 AUTRE _____</td> </tr> <tr> <td>3 DIFFÉRÉ</td> <td>6 INCAPACITÉ</td> <td style="text-align: right;">(PRÉCISEZ)</td> </tr> </table> | | | | | 1 REMPLI | 4 REFUSÉ | | 2 PAS À LA MAISON | 5 PARTIELLEMENT REMPLI | 7 AUTRE _____ | 3 DIFFÉRÉ | 6 INCAPACITÉ | (PRÉCISEZ) | |
| 1 REMPLI | 4 REFUSÉ | | | | | | | | | | | | | |
| 2 PAS À LA MAISON | 5 PARTIELLEMENT REMPLI | 7 AUTRE _____ | | | | | | | | | | | | |
| 3 DIFFÉRÉ | 6 INCAPACITÉ | (PRÉCISEZ) | | | | | | | | | | | | |

LANGUE DE QUESTIONNAIRE

LANGUE DE L'INTERVIEW

INTERPRETE (OUI = 1, NON = 2)

* CODES DE LANGUE :

| | | |
|-----------------|----------------|----------|
| 1 FRANCAIS | 4 DIOULA | 7 DAGARA |
| 2 MOORE | 5 GULMANTCHEMA | 8 AUTRES |
| 3 PEUHL/FULFUDE | 6 BISSA | |

| | | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| CHEF D' EQUIPE | CONTROLE DE BUREAU | AGENT DE SAISIE |
| NOM _____ <input style="width: 30px;" type="text"/> | NOM _____ <input style="width: 30px;" type="text"/> | NOM _____ <input style="width: 30px;" type="text"/> |

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

CONSENTEMENT INFORMÉ

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Nous effectuons une enquête nationale sur le paludisme dans tout le pays. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 20 et 30 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 d'y participer car votre opinion est très importante. 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 ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

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

Avez-vous des questions ? Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : _____ DATE: _____

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

| N° | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSEZ À | | | | | | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 101 | ENREGISTREZ L'HEURE. | HEURE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 102 | En quel mois et en quelle année êtes-vous née ? | MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE 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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 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 ou supérieur ? | PRIMAIRE 1 SECONDAIRE (1 CYCLE) 2 SECONDAIRE (2è CYCLE) 3 SUPERIEUR) 4 | | | | | | | | |
| 106 | Quel est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'. | CLASSE/ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| Niveau | Primaire=1 | 1er cycle=2 | 2è cycle=3 | Supérieur=4 |
|--------|------------|-------------|------------|--------------|
| Classe | CP1=1 | 6è=1 | 2nd=1 | 1ère année=1 |
| | CP2=2 | 5è=2 | 1ère=2 | 2è année=2 |
| | CE1=3 | 4è=3 | 1le=3 | 3è année=3 |
| | CE2=4 | 3è=4 | FPB=4 | 4è année=4 |
| | CM1=5 | FPP=5 | | 5è année+=5 |
| | CM2=6 | | | |

| N° | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSEZ A |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 107 | VÉRIFIEZ 105: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> → | | 109 |
| 108 | Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ: Pouvez-vous lire une partie de la phrase ? | NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES DE LA PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉE 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 5 | |
| 109 | Quelle est votre religion ? | MUSULMANE 1 CATHOLIQUE 2 PROTESTANTE 3 TRADITIONNELLE/ANIMISTE 4 SANS RELIGION/AUCUNE 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) | |
| 110 | Quelle est votre ethnie (pour les burkinabé)/ votre nationalité pour les étrangers? | CODE ETHNIE (POUR LES BURKINABÉ) BOBO 01 DIOULA 02 FULFULDE/ PEULH 03 GOURMANTCHE 04 GOUROUNSI 05 LOBI 06 MOSSI 07 SENOUFU 08 TOUAREG/ BELLA 09 DAGARA 10 BISSA 11 CODE NATIONALITÉ (POUR LES ÉTRANGERS) PAYS CEDEAO 12 AUTRES PAYS AFRICAINS 13 AUTRES NATIONALITÉS 14 AUTRE ETHNIE 96 (A PRÉCISER) NE SAIT PAS 98 | |
| 111 | Au cours des 6 derniers mois, avez-vous entendu ou vu un message quelconque sur le paludisme? | OUI 1 NON 2 | → 113 |
| 112 | Par quelle source avez-vous entendu ou vu un message sur le paludisme? INSISTER : Autres sources? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ | RADIO A TELEVISION B AFFICHE MURALE C AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE D EVENEMENT DANS LA COMMUNAUTE E ANIMATEURS D'ONG/OBC F PERSONNEL DE SANTE G CRIEURS PUBLICS H AUTRE X (PRECISEZ) | |
| 113 | Connaissez-vous la pulverisation intra domiciliaire? | OUI 1 NON 2 | → 115 |
| 114 | Souhaiteriez-vous que votre logement soit pulvérise | OUI 1 NON 2 | |

SECTION 1 (SUITE). CONNAISSANCE

| N° | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSER À |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 115 | <p>A votre avis, quelle est la principale cause du paludisme?</p> <p>PIQÛRE DE MOUSTIQUE</p> <p>INSISTER : Aucune autre façon ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> | <p>PIQÛRE DE MOUSTIQUE ... A</p> <p>CONSOMMATION ABUSIVE D'HUILE B</p> <p>FATIGUE DUE AU TRAVAIL C</p> <p>INSUFFISANCE DU SOMMEIL D</p> <p>EXPOSITION DIRECTE AU SOLEIL . . . E</p> <p>CONSOMMATION DES MANGUES/ FRUITS SUCRES F</p> <p>CONSOMMATION DE LAIT G</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p> | <p>→ 117</p> |
| 116 | <p>A quel moment les moustiques qui transmettent le paludisme piquent-ils?</p> | <p>TOUTE LA JOURNEE 1</p> <p>LE MATIN 2</p> <p>A MIDI 3</p> <p>LE SOIR 4</p> <p>PREMIERE MOITIE DE LA NUIT 5</p> <p>DEUXIEME MOITIE DE LA NUIT 6</p> <p>A L'AUBE 7</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | |
| 117 | <p>Quels sont, selon vous, les symptômes du paludisme ?</p> <p>INSISTER : Autres symptômes?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> | <p>FIÈVRE A</p> <p>MANQUE D'APPÉTIT ET VOMISSEMENTS B</p> <p>TEMPÉRATURE ÉLEVÉE AVEC CONVULSIONS C</p> <p>TEMPÉRATURE ÉLEVÉE AVEC ÉVANOUISSEMENT D</p> <p>TEMPÉRATURE PERSISTANTE E</p> <p>CONVULSIONS F</p> <p>JAUNISSE G</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p> | |

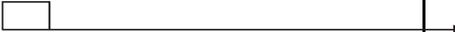
| N° | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSER À |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 118 | <p>Quels sont les moyens efficaces pour prévenir le paludisme ?</p> <p>INSISTER : Aucun autre moyen ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> | <p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE (NON TRAITEE) A</p> <p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE (TRAITEE) B</p> <p>EN PRENANT DES MÉDICAMENTS PRÉVENTIFS C</p> <p>EN UTILISANT UN INSECTICIDE/ DIFFUSEURS/CRÈMES/ LOTIONS/RÉPULSIFS D</p> <p>EN UTILISANT UN SERPENTIN ANTI-MOUSTIQUES E</p> <p>DECOCTION/JUS DE PLANTE/RACINE A BOIRE A TITRE PREVENTIF F</p> <p>EN NETTOYANT LES ENVIRONS G</p> <p>ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE . . . H</p> <p>GRILLAGES AUX FENETRES I</p> <p>EN UTILSANT UN SERPENTIN FUMIGENE J</p> <p>EN UTILISANT DES PLAQUETTES ELECTRIQUES K</p> <p>CLIMATISEURS/VENTILATEURS L</p> <p>POUDRE(EPANDAGE) M</p> <p>SE COUVRIR LE CORPS N</p> <p>AUTRE _____ W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p> | |
| 119 | <p>Quels moyens utilisez-vous pour vous protéger contre le paludisme?</p> <p>INSISTER : Aucun autre moyen ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> | <p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE (NON TRAITEE) A</p> <p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE (TRAITEE) B</p> <p>EN PRENANT DES MÉDICAMENTS PRÉVENTIFS C</p> <p>EN UTILISANT UN INSECTICIDE/ DIFFUSEURS/CRÈMES/ LOTIONS/RÉPULSIFS D</p> <p>EN UTILISANT UN SERPENTIN ANTI-MOUSTIQUES E</p> <p>DECOCTION/JUS DE PLANTE/RACINE A BOIRE A TITRE PREVENTIF F</p> <p>EN NETTOYANT LES ENVIRONS G</p> <p>ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE . . . H</p> <p>GRILLAGES AUX FENETRES I</p> <p>EN UTILSANT UN SERPENTIN FUMIGENE J</p> <p>EN UTILISANT DES PLAQUETTES ELECTRIQUES K</p> <p>CLIMATISEURS/VENTILATEURS L</p> <p>POUDRE(EPANDAGE) M</p> <p>SE COUVRIR LE CORPS N</p> <p>AUTRE _____ W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p> | |

| N° | QUESTIONS ET FILTRES | | | CODES | PASSER À | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 120 | Avez-vous entendu de maniere reguliere des messages de sensibilisation sur le paludisme à votre radio locale? | OUI 1 | NON 2 ↓ 121 | Dans quelles langues ces messages sont-ils diffusés? FRANCAIS A MOORE B DIOULA C PEUL/FULFUDE D GOULMANTCHEMA E BISSA F DAGARA G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) | Ces messages sont-ils compréhensibles? OUI 1 NON 2 | A quelle moment de la journée ces messages sont ils diffusés? MATIN A MIDI B APRES-MIDI C SOIR D |
| 121 | Avez-vous vu/entendu de maniere reguliere des messages de sensibilisation sur le paludisme à votre television locale? | OUI 1 | NON 2 ↓ 122 | Dans quelles langues ces messages sont-ils diffusés? FRANCAIS A MOORE B DIOULA C PEUL/FULFUDE D GOULMANTCHEMA E BISSA F DAGARA G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) | Ces messages sont-ils compréhensibles? OUI 1 NON 2 | A quelle moment de la journée ces messages sont ils diffusés? MATIN A MIDI B APRES-MIDI C SOIR D |
| 122 | Avez-vous entendu de maniere reguliere des messages de sensibilisation sur le paludisme avec les Agents Communautaire de de santé (AC), les Organisation à Base Communautaire (OCB)? | OUI 1 | NON 2 ↓ 123 | Dans quelles langues ces messages sont-ils diffusés? FRANCAIS A MOORE B DIOULA C PEUL/FULFUDE D GOULMANTCHEMA E BISSA F DAGARA G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) | Ces messages sont-ils compréhensibles? OUI 1 NON 2 | |
| 123 | Avez-vous entendu de maniere reguliere des messages de sensibilisation sur le paludisme dans les lieux de culte (mosquee, eglise) ou avec les leaders communautaire? | OUI 1 | NON 2 ↓ 124 | Dans quelles langues ces messages sont-ils diffusés? FRANCAIS A MOORE B DIOULA C PEUL/FULFUDE D GOULMANTCHEMA E BISSA F DAGARA G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) | Ces messages sont-ils compréhensibles? OUI 1 NON 2 | |
| 124 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous | | | OUI | NON | |
| | 1 Entendu des chansons/clips sur la campagne de sensibilisation sur le paludisme à la radio ? | | | 1 ENTENDU MESSAGE A LA RADIO | 1 2 | |
| | 2 Entendu/vu des chansons sur la campagne de sensibilisation sur le paludisme à la television ? | | | 2 ENTENDU/VU MESSAGE A LA TELEVISION | 1 2 | |
| | 3 Vu des clips sur la campagne de sensibilisation sur le paludisme à la television? | | | 3 VU CLIPS A LA TELEVISION | 1 2 | |
| 125 | Quelle forme de moustiquaires imprégnées préférez-vous? | | | CONIQUE | 1 | |
| | | | | RECTANGULAIRE | 2 | |

| N° | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSER À |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 126 | Quelle couleur de moustiquaires imprégnées préférez-vous? | BLANCHE 1 VERTE 2 BLEU 3 PAS DE PREFERENCE 4 AUTRES _____ 6 PRECISEZ | |
| 127 | Possédez-vous une moustiquaire imprégnée d'insecticide? | OUI 1 NON 2 | → 129 |
| 128 | Etes-vous satisfaite par la taille de votre moustiquaire imprégnée? | OUI 1 NON 2 | |
| 129 | La nuit dernière, avez-vous dormi sous une moustiquaire imprégnée? | OUI 1 NON 2 | → 201 |
| 130 | Pour quelles raisons n'avez-vous pas dormi sous une moustiquaire la nuit dernière? INSISTER : Aucune autre raison ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ | MAUVAISE ODEUR A CAUSE DES IRRITATIONS/TOUX ... B REND MALADE C DONNE DES NAUSÉES D PRODUIT CHIMIQUE DANGEREUX ... E PRODUIT UTILISÉ PEUT TUER LE FOETUS/CAUSER DES FAUSSES COUCHES F PEUT SUFFOQUER/DIFFICULTÉS RESPIRER G N'AIME PAS LA FORME H CHALEUR I MOUSTIQUAIRE SE SALIT VITE J N'AIME PAS MOUSTIQUAIRE K PAS DE MOUSTIQUAIRE L TAILLE NON SATISFAISANTE M MOUSTIQUAIRE PAS EFFICACE N PAS DE RAISON O AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z | |

211 Je voudrais maintenant enregistrer les noms de toutes les naissances que vous avez eues au cours des six dernières années (depuis 2008), 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 (depuis 2008) 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-ce un garçon ou une fille ? | (NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple? | 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 | GAR 1 FILLE 2 | SIMP 1 MULT 2 | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI ... 1 NON .. 2 ↓ (NAISS. SUIVANTE) | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON ... 2 | N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISS.SUIV.) | |
| 02 | GAR 1 FILLE 2 | SIMP 1 MULT 2 | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI ... 1 NON .. 2 ↓ 220 | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON ... 2 | N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON ... 2 |
| 03 | GAR 1 FILLE 2 | SIMP 1 MULT 2 | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI ... 1 NON .. 2 ↓ 220 | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON ... 2 | N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON ... 2 |
| 04 | GAR 1 FILLE 2 | SIMP 1 MULT 2 | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI ... 1 NON .. 2 ↓ 220 | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON ... 2 | N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON ... 2 |
| 05 | GAR 1 FILLE 2 | SIMP 1 MULT 2 | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI ... 1 NON .. 2 ↓ 220 | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON ... 2 | N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON ... 2 |
| 06 | GAR 1 FILLE 2 | SIMP 1 MULT 2 | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI ... 1 NON .. 2 ↓ 220 | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON ... 2 | N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON ... 2 |
| 07 | GAR 1 FILLE 2 | SIMP 1 MULT 2 | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI ... 1 NON .. 2 ↓ 220 | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON ... 2 | N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON ... 2 |

| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 221 | Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis celle de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, ENREGISTREZ LA/LES NAISSANCE(S) DANS LE TABLEAU DES NAISSANCES. | OUI 1 NON 2 | |
| 222 | COMPAREZ 210 AU NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHEZ : NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/>  NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/>  (INSISTEZ ET CORRIGEZ) | | |
| 223 | VÉRIFIER 215 ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2009 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTREZ '0'. | NOMBRE DES NAISSANCES <input type="text"/> AUCUN . 0 | |
| 224 | Êtes-vous actuellement enceinte ? | OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8 |  226 |
| 225 | Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 226 | VÉRIFIEZ 223 : UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2009 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>  PAS DE NAISSANCES EN 2009 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>  427 | | |

SECTION 3. 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. | PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/IER . B SAGE-FEMME . C ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE ... D MATRONE/ ACCOUCHEUSE FORMÉE ... E AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE F AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) | |
| 305 | Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu de consultation prénatale ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 | |
| 306 | Au cours de cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour prévenir le paludisme ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | ↘ 314 |
| 307 | Quels médicaments avez-vous pris pour prévenir le paludisme ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT (SP/FANSIDAR) ... A CHLOROQUINE B QUININE C AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z | |

| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 308 | VÉRIFIER 307 : TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT (SP/FANSIDAR) PRIS CONTRE LE PALUDISME | CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'A' NON ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/> | → 314 |
| 309 | 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="checkbox"/> NE SE SOUVIENT PAS 8 | |
| 310 | Combien de comprimés avez-vous pris chaque fois? SI 6 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTER '6' | NOMBRE DE COMPRIMÉS <input type="checkbox"/> NE SE SOUVIENT PAS 8 | |
| 311 | Les avez-vous pris devant un agent de santé, à la maison ou ailleurs? | DEVANT L'AGENT DE SANTE 1 A LA MAISON 2 AILLEURS 3 | |
| 312 | VÉRIFIER 304 : SOINS PRÉNATALS D'UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ REÇU DURANT CETTE GROSSESSE ? | CODE 'A', 'B', 'C', 'D' OU 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> | → 314 |
| 313 | 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 AUTRE SOURCE _____ 6 (PRÉCISER) | |
| 314 | VÉRIFIEZ 215 ET 216: UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> OU PLUS <input type="checkbox"/> NÉ EN 2009 OU PLUS TARD | PAS D'ENFANT VIVANT NÉ EN 2009 <input type="checkbox"/> OU PLUS TARD | → 427 |

SECTION 4. SANTE DES ENFANTS

| N° | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 401 | VÉRIFIEZ 226 : UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2009 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> | AUCUNE NAISSANCE EN 2009 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> | → 427 | |
| 402 | VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SUVENUE EN 2009 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois). | | | |
| 403 | NUMÉRO DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. | DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAIS. | AVANT-DERNIÈRE NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAIS. | AVANT-AVANT DER. NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAIS. |
| 404 | À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216 | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ ↓ | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ ↓ | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ ↓ |
| | | (ALLEZ a 403 A LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N"YA PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427 | (ALLEZ a 403 A LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N"YA PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427 | (ALLEZ a 403 A L'AVANT- DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N"YA PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427 |
| 405 | Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ a 403 A LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N"YA PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427 ← | OUI 1 NON 2 (ALLEZ a 403 A LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N"YA PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427 ← | OUI 1 NON 2 (ALLEZ a 403 A L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N"YA PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427 ← |
| | | NE SAIT PAS 8 | NE SAIT PAS 8 | NE SAIT PAS 8 |
| 406 | À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 |
| 407 | Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ? | OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 411) ← | OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 411) ← | OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 411) ← |

| N° | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 408 | <p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. C</p> <p>AGENT DE SANTÉ D</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F</p> <p>PHARMACIE ... G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ H</p> <p>CLINIQUE MOBILE I</p> <p>AGENT DE SANTÉ J</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ K</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE L</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. C</p> <p>AGENT DE SANTÉ D</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F</p> <p>PHARMACIE ... G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ H</p> <p>CLINIQUE MOBILE I</p> <p>AGENT DE SANTÉ J</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ K</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE L</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. C</p> <p>AGENT DE SANTÉ D</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F</p> <p>PHARMACIE ... G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ H</p> <p>CLINIQUE MOBILE I</p> <p>AGENT DE SANTÉ J</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ K</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE L</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> |
| 409 | VÉRIFIEZ 408 : | <p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>↓ ← (PASSEZ À 411) ←</p> | <p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>↓ ← (PASSEZ À 411) ←</p> | <p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>↓ ← (PASSEZ À 411) ←</p> |
| 410 | <p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 408.</p> | 1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/> | 1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/> | 1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/> |
| 411 | <p>Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ a 403 A LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'YA PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ a 403 A LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'YA PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 403 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> |

| N° | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE | AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | NOM _____ | NOM _____ | NOM _____ |
| 412 | <p>Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?</p> <p>Aucun autre médicament ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> | <p>ANTIPALUDÉENS</p> <p>SP/FANSIDAR A</p> <p>CHLOROQUINE B</p> <p>AMODIAQUINE C</p> <p>QUININE D</p> <p>COMBINAISON AVEC</p> <p>ARTÉMISININE E</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDÉEN</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP G</p> <p>INJECTION ... H</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT</p> <p>ASPIRINE</p> <p>PARACETAMOL I</p> <p>ACETA-MINOPHEN ... J</p> <p>IBUPROFEN ... K</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p> | <p>ANTIPALUDÉENS</p> <p>SP/FANSIDAR ... A</p> <p>CHLOROQUINE B</p> <p>AMODIAQUINE C</p> <p>QUININE D</p> <p>COMBINAISON AVEC</p> <p>ARTÉMISININE E</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDÉEN</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP G</p> <p>INJECTION ... H</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT</p> <p>ASPIRINE</p> <p>PARACETAMOL I</p> <p>ACETA-MINOPHEN ... J</p> <p>IBUPROFEN ... K</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p> | <p>ANTIPALUDÉENS</p> <p>SP/FANSIDAR ... A</p> <p>CHLOROQUINE B</p> <p>AMODIAQUINE C</p> <p>QUININE D</p> <p>COMBINAISON AVEC</p> <p>ARTÉMISININE E</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDÉEN</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP G</p> <p>INJECTION ... H</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT</p> <p>ASPIRINE</p> <p>PARACETAMOL I</p> <p>ACETA-MINOPHEN ... J</p> <p>IBUPROFEN ... K</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p> |
| 413 | VÉRIFIEZ 412 : Y A-T-IL UN CODE A-F ENCERCLÉ ? | <p>OUI NON</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ à 403 A LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'YA PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427</p> | <p>OUI NON</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ à 403 A LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'YA PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427</p> | <p>OUI NON</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 403 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ A Q427</p> |
| 414 | VÉRIFIEZ 412 : SP/FANSIDAR ('A') DONNÉ | <p>CODE 'A' CODE 'A'</p> <p>ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 416)</p> | <p>CODE 'A' CODE 'A'</p> <p>ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 416)</p> | <p>CODE 'A' CODE 'A'</p> <p>ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 416)</p> |
| 415 | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la (SP/Fansidar) ? | <p>JOUR MÊME 0</p> <p>JOUR SUIVANT ... 1</p> <p>2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2</p> <p>3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3</p> <p>NE SAIT PAS ... 8</p> | <p>JOUR MÊME 0</p> <p>JOUR SUIVANT ... 1</p> <p>2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2</p> <p>3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3</p> <p>NE SAIT PAS ... 8</p> | <p>JOUR MÊME 0</p> <p>JOUR SUIVANT ... 1</p> <p>2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2</p> <p>3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3</p> <p>NE SAIT PAS ... 8</p> |

| N° | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 416 | VÉRIFIEZ 412 : CHLOROQUINE ('B') DONNÉE | CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 418) ← | CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 418) ← | CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 418) ← |
| 417 | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Chloroquine ? | JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8 | JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8 | JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8 |
| 418 | VÉRIFIEZ 412 : AMODIAQUINE ('C') DONNÉE | CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 420) ← | CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 420) ← | CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 420) ← |
| 419 | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ? | JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8 | JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8 | JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8 |
| 420 | VÉRIFIEZ 412 : QUININE ('D') DONNÉE | CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 422) ← | CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 422) ← | CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 422) ← |
| 421 | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ? | JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8 | JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8 | JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8 |
| 422 | VÉRIFIEZ 412 : COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE ('E') DONNÉE | CODE 'E' CODE 'E' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 424) ← | CODE 'E' CODE 'E' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 424) ← | CODE 'E' CODE 'E' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 424) ← |

| N° | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE | AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE | | | | |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| | | NOM _____ | NOM _____ | NOM _____ | | | | |
| 423 | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une (COMBINAISON AVEC DE L'ARTÉMISININE) ? | JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8 | JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8 | JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8 | | | | |
| 424 | VÉRIFIEZ 412 : AUTRE ANTIPALUDIQUE ('F') DONNÉ | CODE 'F' CODE 'F' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 403 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427 | CODE 'F' CODE 'F' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 403 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427 | CODE 'F' CODE 'F' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 403 À L'AVANT-DER. COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE ALLEZ A Q427 | | | | |
| 425 | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (AUTRE ANTIPALUDIQUE) ? | JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8 | JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8 | JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8 | | | | |
| 426 | | RETOURNEZ À 403 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427 | RETOURNEZ À 403 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427 | ALLEZ À 403 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE. ALLEZ A Q427 | | | | |
| 427 | ENREGISTREZ L'HEURE. | | HEURES MINUTES..... | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

AUTRES COMMENTAIRES

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE : _____

OBSERVATION DU SUPERVISEUR

NOM DU SUPERVISEUR : _____ DATE : _____