

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 _____	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> GRAPPE CONCESSION MENAGE REGION MILIEU MILIEU DETAILLE N° DE LIGNE </div> <div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> </div>
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	_____	_____	_____	JOUR MOIS ANNÉE <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 2px;">2</div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 2px;">4</div> N° ENQUÊT. <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> RÉSULTAT <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
* CODES RÉSULTAT : <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 REMPLI 2 PAS À LA MAISON 3 DIFFÉRÉ </div> <div> 4 REFUSÉ 5 PARTIELLEMENT REMPLI 6 INCAPACITÉ </div> <div> 7 AUTRE _____ (PRÉCISEZ) </div> </div>				

LANGUE DE QUESTIONNAIRE

LANGUE DE L'INTERVIEW

INTERPRETE (OUI = 1, NON = 2)

* CODES DE LANGUE :

1 FRANCAIS
2 MOORE
3 PEUHL/FULFUDE

4 DIOULA
5 GULMANTCHEMA
6 BISSA

7 DAGARA
8 AUTRES

CHEF D' EQUIPE	CONTROLE DE BUREAU	AGENT DE SAISIE
NOM _____ <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	NOM _____ <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	NOM _____ <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>

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 <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 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 <input type="text"/> <input type="text"/>	

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: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div> PRIMAIRE <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div> AUTRE <input type="checkbox"/> → </div> </div>		109
108	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ: Pouvez-vous lire une partie de 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 BURKINABE) BOBO 01 DIOULA 02 FULFULDE/ PEULH 03 GOURMANTCHE 04 GOUROUNSI 05 LOBI 06 MOSSI 07 SENOUFO 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 pulvérisation intra domiciliaire?	OUI 1 NON 2	→ 115
114	Souhaiteriez-vous que votre logement soit pulvérisé	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 JOURNÉE 1</p> <p>LE MATIN 2</p> <p>A MIDI 3</p> <p>LE SOIR 4</p> <p>PREMIÈRE MOITIÉ DE LA NUIT 5</p> <p>DEUXIÈME MOITIÉ 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 diffuses? FRANCAIS A MOORE B DIOULA C PEUL/FULFUDE D GOULMANTCHEMA E BISSA F DAGARA G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	Ces messages sont-ils compre hensibles? OUI 1 NON 2	A quelle moment de la journee ces messages sont ils diffuses? 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 diffuses? FRANCAIS A MOORE B DIOULA C PEUL/FULFUDE D GOULMANTCHEMA E BISSA F DAGARA G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	Ces messages sont-ils compre hensibles? OUI 1 NON 2	A quelle moment de la journee ces messages sont ils diffuses? 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 compre hensibles? 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 compre hensibles? OUI 1 NON 2		
124	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous 1 Entendu des chansons/clips sur la campagne de sensibilisation sur le paludisme à la radio ? 2 Entendu/vu des chansons sur la campagne de sensibilisation sur le paludisme à la television ? 3 Vu des clips sur la campagne de sensibilisation sur le paludisme à la télévision?			OUI NON 1 ENTENDU MESSAGE A LA RADIO 1 2 2 ENTENDU/VU MESSAGE A LA TELEVISION 1 2 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	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ 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 des 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 ? Et 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 vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont vivantes mais qui 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 à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON INSISTEZ : 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 décédés ? 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 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUNE, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES NAISSANCES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 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 À 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?			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				

<p>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.</p> <p>ENREGISTREZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES DES SIX DERNIÈRES ANNÉES (depuis 2008) À Q.212. ENREGISTREZ LES Jumeaux/Triples SUR DES LIGNES SÉPARÉES.</p>								
212	213	214	215	216	217	218	219	220
<p>Quel nom a été donné à votre (dernier/précédent) enfant ?</p> <p>(NOM)</p>	<p>(NOM) est-ce un garçon ou une fille ?</p>	<p>(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?</p>	<p>En quel mois et quelle année, (NOM) est-il/elle né ?</p> <p>INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?</p>	<p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>217 SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.</p>	<p>218 SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>219 SI EN VIE : NOTER LE NUMERO DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE</p> <p>(INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)</p>	<p>Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM) et (NOM DE LA NAISSANCE DE LA LIGNE PRÉCÉDENTE) ?</p>
01	<p>GAR 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP 1</p> <p>MULT 2</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>OUI ... 1</p> <p>NON .. 2</p> <p>↓</p> <p>(NAISS. SUIVANTE)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON ... 2</p>	<p>N° LIGNE</p> <p><input type="text"/></p> <p>↓</p> <p>(NAISS.SUIV.)</p>	
02	<p>GAR 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP 1</p> <p>MULT 2</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>OUI ... 1</p> <p>NON .. 2</p> <p>↓</p> <p>220</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON ... 2</p>	<p>N° LIGNE</p> <p><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON ... 2</p>
03	<p>GAR 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP 1</p> <p>MULT 2</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>OUI ... 1</p> <p>NON .. 2</p> <p>↓</p> <p>220</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON ... 2</p>	<p>N° LIGNE</p> <p><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON ... 2</p>
04	<p>GAR 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP 1</p> <p>MULT 2</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>OUI ... 1</p> <p>NON .. 2</p> <p>↓</p> <p>220</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON ... 2</p>	<p>N° LIGNE</p> <p><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON ... 2</p>
05	<p>GAR 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP 1</p> <p>MULT 2</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>OUI ... 1</p> <p>NON .. 2</p> <p>↓</p> <p>220</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON ... 2</p>	<p>N° LIGNE</p> <p><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON ... 2</p>
06	<p>GAR 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP 1</p> <p>MULT 2</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>OUI ... 1</p> <p>NON .. 2</p> <p>↓</p> <p>220</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON ... 2</p>	<p>N° LIGNE</p> <p><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON ... 2</p>
07	<p>GAR 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP 1</p> <p>MULT 2</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>OUI ... 1</p> <p>NON .. 2</p> <p>↓</p> <p>220</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON ... 2</p>	<p>N° LIGNE</p> <p><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON ... 2</p>

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

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 PERSONEL 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 ENCERCLÉ <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="text"/> 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="text"/> 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 OU PLUS <input type="checkbox"/> NÉ EN 2009 OU PLUS TARD	PAS D'ENFANT VIVANT NÉ EN 2009 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	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 : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2009 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> AUCUNE NAISSANCE EN 2009 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> </div> </div>			→ 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 SUEVUE 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 NAIS. <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-AVANT DER. NAISS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/> <input type="text"/>
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ DÉ DÉ (ALLEZ a 403 A LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'YA PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ DÉ DÉ (ALLEZ a 403 A LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'YA PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ DÉ DÉ (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) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ a 403 A LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'YA PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427) ← NE SAIT PAS 8	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
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 DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</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</p> <p>_____ E (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</p> <p>_____ K (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 (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</p> <p>_____ E (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</p> <p>_____ K (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 (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</p> <p>_____ E (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</p> <p>_____ K (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 (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	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	<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 NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE 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</p> <p>AVEC</p> <p>ARTÉMISININE E</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDÉEN</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>ANTIBIOTIQUES</p> <p>COMPRIMÉS/</p> <p>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</p> <p>AVEC</p> <p>ARTÉMISININE E</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDÉEN</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>ANTIBIOTIQUES</p> <p>COMPRIMÉS/</p> <p>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</p> <p>AVEC</p> <p>ARTÉMISININE E</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDÉEN</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>ANTIBIOTIQUES</p> <p>COMPRIMÉS/</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 416)</p>	<p>CODE 'A' CODE 'A'</p> <p>ENCERCLÉ NON</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 416)</p>	<p>CODE 'A' CODE 'A'</p> <p>ENCERCLÉ NON</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 NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE 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' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 403 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427)	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 403 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q427)	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <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	<input type="text"/> <input type="text"/>

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'EQUIPE : _____ DATE : _____

OBSERVATION DU SUPERVISEUR

NOM DU SUPERVISEUR : _____ DATE : _____