

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME
 EIPM 2016
 QUESTIONNAIRE FEMME

RÉPUBLIQUE DE MADAGASCAR
 INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE
 ET DES STATISTIQUES SOCIALES

IDENTIFICATION

NOM DE LA LOCALITÉ _____

NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____

NUMÉRO DE GRAPPE

NUMÉRO DE MÉNAGE

RÉGION

DISTRICT

COMMUNE

VILLE/RURAL (VILLE=1, RURAL=2)

NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____

VISITES D'ENQUÊTRICES

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE 2 0 1 6 No ENQUÊT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> RÉSULTAT* <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/>
HEURE	_____	_____		

*CODES RÉSULTAT : 1 COMPLÉTÉ 4 REFUSÉ
 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ 7 AUTRE _____
 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ PRÉCISEZ

LANGUE DU QUESTIONNAIRE** **0 1** LANGUE DE L'INTERVIEW** LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE** TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2)

LANGUE DU QUESTIONNAIRE** **FRANÇAIS** **CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS 03 AUTRE _____
 02 MALGACHE (PRÉCISEZ)

CHEF D'ÉQUIPE

NOM _____ NUMÉRO

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

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

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

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

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

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

Avez-vous des questions ?

Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE _____ DATE _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE
D'ÊTRE INTERVIEWÉE ... 1

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



SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES <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 CONNAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS L'ANNÉE 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 108

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À		
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2, ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1 2 SECONDAIRE 2 3 SUPÉRIEUR 4			
106	Quelle est [L'ANNÉE/CLASSE] la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '0'.	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/>			
NIVEAU D'ÉDUCATION					
	NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1	SECONDAIRE 2	SUPÉRIEUR
	CLASSE	T1/11è/CP1 = 1 T2/10è/CP2 = 2 T3/9è/CE = 3 T4/8è/CM1 = 4 T5/7è/CM2 = 5 NSP = 8	T6 = 6ème = 1 T7 = 5ème = 2 T8 = 4ème = 3 T9 = 3ème = 4 NSP = 8	T10 = 2nd = 1 T11 = 1ère = 2 T12 = Terminale = 3 NSP = 8	1ère année = 1 2ème année = 2 3ème année = 3 4ème année = 4 5ème année ou += 5 NSP = 8
0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE					
107	VÉRIFIEZ 105:	PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>		OU SECONDAIRE <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 UNE PARTIE DE LA PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DEMANDÉE 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 5			
109	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE 01 PROTESTANTE/FLM 02 MUSULMANE 03 TRADITIONNELLE/ANIMISTE 04 SANS RELIGION/AUCUNE 05 SECTE 06 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)			
111	Au cours des six mois passés, avez-vous entendu ou reçu des messages sur le paludisme?	OUI 1 NON 2			→ 201
112	Avez-vous entendu ou reçu des messages: A) Sur la radio? B) sur la télé? C) sur une affiche? D) à partir d'un agent de santé communautaire? E) à partir d'un événement communautaire? F) ailleurs?	RADIO 1 OUI NON TELEVISION 1 2 AFFICHE 1 2 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 1 2 ÉVÉNEMENT COMMUNAUTAIRE 1 2 AILLEUR 1 2			

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ 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	a) Combien de fils vivent avec vous ? b) Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) 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> b) 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	a) Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? b) Et combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) 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> b) 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 fait un mouvement, qui a émis un son ou essayé de respirer ou qui a montré d'autres signes de vie pendant un très court moment ?	OUI 1 NON 2	→ 208								
207	a) Combien de garçons sont décédés ? b) Et combien de filles sont décédés ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) 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> b) 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 AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL 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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTEZ ET CORRIGEZ 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	VÉRIFIEZ 208: UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> OU PLUS ↓ AUCUNE <input type="checkbox"/>		→ 225								
211	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos naissances plus récentes. Combien de ces enfants sont nés en 2011-2016?	TOTAL EN 2011-2016 DERNIÈRES ANNÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AUCUNE 00			→ 225						

SECTION 2. REPRODUCTION

212 Je voudrais maintenant enregistrer les noms de toutes les naissances que vous avez eues en 2011-2016, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la naissance la plus récente. INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 213. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 10 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE .								
213	214	215	216	217	218	219	220	221
<p>Quel nom a été donné à votre (dernier/ précédent enfant) ?</p> <p>INSCRI-VEZ LE NOM.</p> <p>N0 DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.</p>	<p>(NOM) est-il une naissance simple ou multiple ?</p>	<p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p>	<p>Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p>	<p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRI-VEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE .</p>	<p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>INSCRIVEZ LE N0 DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. 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 DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?</p>
01	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	
02	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
03	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
04	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	YES 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
05	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (dernier/précédent enfant) ?	(NOM) est-il une naissance simple ou multiple ?	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE No 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 DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
INSCRIVEZ LE NOM. NO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.					INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE.			

06	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
07	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
08	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
09	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
10	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis celle de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI 1 (INSCRIVEZ LA/LES NAISS. DANS LE TABLEAU) NON 2	
223	COMPAREZ 211 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS LE TABLEAU DES NAISSANCES NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> ↓	NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ) ←	
224	VÉRIFIEZ 216: INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS 2011-2016	NOMBRE DE NAISSANCES <input type="text"/> AUCUNE 0	
225	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	<input type="checkbox"/> → 301
226	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
227	VÉRIFIEZ 224: UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2011-2016 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 301) ←	AUCUNE NAISSANCES EN 2011-2016 <input type="checkbox"/> 224 EST NULL <input type="checkbox"/>	→ 501 → 501

304A	De combien de mois étiez-vous enceinte la première fois que vous avez pris de la SP/Fansidar ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
305	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
307	Vous a-t-on donné la SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE DANS ÉTABLISSEMENT SANITAIRE 2 STRATEGIES AVANCEES/SSME 3 AUTRE SOURCE 6 (PRÉCISEZ)	
308	VÉRIFIEZ 216 ET 217: UN ENFANT VIVANT OU PLUS NÉ EN 2011-2016 <input type="checkbox"/> (ALLER À 401) ←	PAS D'ENFANT VIVANT NÉ EN 2011-2016 <input type="checkbox"/> →	501

SECTION 4. FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS

401	<p>VÉRIFIEZ 213: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 402 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 403 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2011-2016. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNEL(S).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés depuis janvier 2011. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).</p>		
402	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 213 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>
403	DE 213 ET 217:	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 442) ←	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 442) ←
404	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 À 442) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 442) ← NE SAIT PAS 8
404A	Il y a combien de jours que la fièvre a commencé ? SI MOINS D'1 JOUR, ENREGISTREZ '00'.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
405	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 (ALLEZ À 406) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 406) ← NE SAIT PAS 8
405A	Quel a été le résultat?	POSITIF 1 NEGATIF 2 NON PARTAGÉ 3 NE SAIT PAS 8	POSITIF 1 NEGATIF 2 NON PARTAGÉ 3 NE SAIT PAS 8
406	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 410) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 410) ←
407	Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CTR HÔPITALIER II A CTR HÔPITALIER I B CTR DE SANTÉ DE BASE II C CTR DE SANTÉ DE BASE I D AUTRE PUBLIC E (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F CTR DE SANTÉ PRIVÉ G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS H MÉDECIN PRIVÉ I CENTRE PF/FISA J TOP RESEAU K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ L (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT COMMUNAUTAIRE M BOUTIQUE N KIOSQUE O GUÉRISSEUR TRADITIONNEL P AMI/MEMBRE DE LA FAMILLE Q MARCHE R AUTRE X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CTR HÔPITALIER II A CTR HÔPITALIER I B CTR DE SANTÉ DE BASE II C CTR DE SANTÉ DE BASE I D AUTRE PUBLIC E (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F CTR DE SANTÉ PRIVÉ G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS H MÉDECIN PRIVÉ I CENTRE PF/FISA J TOP RESEAU K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ L (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT COMMUNAUTAIRE M BOUTIQUE N KIOSQUE O GUÉRISSEUR TRADITIONNEL P AMI/MEMBRE DE LA FAMILLE Q MARCHE R AUTRE X (PRÉCISEZ)</p>

408	VÉRIFIEZ 407:	DEUX SEULEMENT CODES OU PLUS UN ENCERCLÉS CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 409A) ←	DEUX SEULEMENT CODES OU PLUS UN ENCERCLÉS CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 409A) ←
409	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 407.	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>
409A	Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/>
410	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 442) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 442) ← NE SAIT PAS 8
411	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? Aucun autre médicament ?	ANTIPALUDIQUES ASAQ ACTIPAL A LARIMAL B ARTEMODI C ARSUMOON D FALCIMON E Autres F AL Coartem G Artefan H Lumartem I Autres J AUTRES ANTIPALUDIQUES SP/FANSIDAR K CHLOROQUINE L AMODIAQUINE M QUININE N Autres O ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP P INJECTION/IV Q AUTRES MÉDICAMENTS PARACETAMOL R ASPIRINE S ACETAMINOPHEN T IBUPROFEN U PLANTES MEDICINALES V AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES ASAQ ACTIPAL A LARIMAL B ARTEMODI C ARSUMOON D FALCIMON E Autres F AL Coartem G Artefan H Lumartem I Autres J AUTRES ANTIPALUDIQUES SP/FANSIDAR K CHLOROQUINE L AMODIAQUINE M QUININE N Autres O ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP P INJECTION/IV Q AUTRES MÉDICAMENTS PARACETAMOL R ASPIRINE S ACETAMINOPHEN T IBUPROFEN U PLANTES MEDICINALES V AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z
411A	Combien avez-vous payé en tout pour les médicaments et consultations pour la fièvre de (NOM) ? ENREGISTREZ LE COÛT EN ARIARY. SI PLUS DE 99 000 ARIARY, ENREGISTREZ 99 000.	COÛT <input type="text"/> GRATUIT 99995 NE SAIT PAS 99998	COÛT <input type="text"/> GRATUIT 99995 NE SAIT PAS 99998
412	VÉRIFIEZ 411: Y A-T-IL UN CODE A-O ENCERCLÉ?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 442) ←	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 442) ←

413	VÉRIFIEZ 411: Y A-T-IL UN CODE A-J (COMBINAISON AVEC DE L'ARTÉMISININE) ENCERCLÉ?	CODE 'A-J' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 417) ←	CODE 'A-J' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 417) ←	CODE 'A-J' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 417) ←	CODE 'A-J' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 417) ←
414	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (LE MEDICAMENT A-J ENCERCLÉ EN 411)?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8
415	Pendant combien de jours (NOM) a- t- il/elle pris (LE MEDICAMENT A-J ENCERCLÉ EN 411)? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
416	Combien de comprimés de (LE MEDICAMENT A-J ENCERCLÉ EN 411) (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
417	VÉRIFIEZ 411: SP/FANSIDAR ('K') DONNÉE	CODE 'K' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 421) ←	CODE 'K' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 421) ←	CODE 'K' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 421) ←	CODE 'K' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 421) ←
418	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la SP/Fansidar ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8
419	Pendant combien de jours (NOM) a- t- il/elle pris la SP/Fansidar ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
420	Combien de comprimés de SP/Fansidar (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
421	VÉRIFIEZ 411: CHLOROQUINE ('L') DONNÉE	CODE 'L' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 425) ←	CODE 'L' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 425) ←	CODE 'L' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 425) ←	CODE 'L' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 425) ←
422	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Chloroquine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8
423	Pendant combien de jours (NOM) a- t- il/elle pris la Chloroquine ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
424	Combien de comprimés de Chloroquine (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/> NE SAIT PAS 8

425	VÉRIFIEZ 411: AMODIAQUINE ('M') DONNÉE	CODE 'M' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'M' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 429) ←	CODE 'M' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'M' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 429) ←
426	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8
427	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris l'amodiaquine ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8
428	Combien de comprimés d'amodiaquine (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8
429	VÉRIFIEZ 411: QUININE ('N') DONNÉE	CODE 'N' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'N' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 433) ←	CODE 'N' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'N' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 433) ←
430	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8
431	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris la quinine ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8
432	Combien de comprimés de quinine (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8
433	VÉRIFIEZ 411: AUTRE ANTIPALUDIQUE ('O') DONNÉ	CODE 'O' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'O' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 437) ←	CODE 'O' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'O' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 437) ←
434	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre un (AUTRE ANTIPALUDIQUE) ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8
435	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris le (AUTRE ANTIPALUDIQUE) ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8
436	Combien de comprimés de (AUTRE ANTIPALUDIQUE) (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8

437	Est-ce que (NOM) a pris tous les médicaments qui lui ont été prescrits contre la fièvre?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 439) ←	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 439) ←																																																																																																
438	Pourquoi (NOM) n'a-t-il/elle pas pris tous les médicaments qui lui ont été prescrits?	TOUJOURS EN COURS DE TRAITEMENT 1 ARRÊTÉ PARCE ENFANT GUÉRI/ SANTÉ S'EST AMÉLIORÉE/ MÉDICAMENTS PLUS NÉCESSAIRES 2 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8	TOUJOURS EN COURS DE TRAITEMENT 1 ARRÊTÉ PARCE ENFANT GUÉRI/ SANTÉ S'EST AMÉLIORÉE/ MÉDICAMENTS PLUS NÉCESSAIRES 2 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8																																																																																																
439	Est-ce que (NOM) avait un des symptômes suivants ? a) Fièvre très élevée, supérieure à 39.5o ? b) Anémie? c) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? d) Perte de conscience? e) Insuffisance respiratoire sévère? f) Convulsions? g) Saignements anormaux? h) Ictère/Jaunisse (avec coloration des yeux)? i) Urine noire ou brune? j) Vomissement irrésistible ? k) Refusait de manger ou de téter ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>FIÈVRE ÉLEVÉE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ANÉMIE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PROSTRATION</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PERTE CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>RESPIRATION</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CONVULSION</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SAIGNEMENTS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ICTÈRE/JAUNISSE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>URINE NOIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOMISSEMENTS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>REFUS MANGER/TÉTER</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		OUI	NON	NS	FIÈVRE ÉLEVÉE	1	2	8	ANÉMIE	1	2	8	PROSTRATION	1	2	8	PERTE CONSCIENCE	1	2	8	RESPIRATION	1	2	8	CONVULSION	1	2	8	SAIGNEMENTS	1	2	8	ICTÈRE/JAUNISSE	1	2	8	URINE NOIRE	1	2	8	VOMISSEMENTS	1	2	8	REFUS MANGER/TÉTER	1	2	8	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>FIÈVRE ÉLEVÉE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ANÉMIE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PROSTRATION</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PERTE CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>RESPIRATION</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CONVULSION</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SAIGNEMENTS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ICTÈRE/JAUNISSE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>URINE NOIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOMISSEMENTS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>REFUS MANGER/TÉTER</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		OUI	NON	NS	FIÈVRE ÉLEVÉE	1	2	8	ANÉMIE	1	2	8	PROSTRATION	1	2	8	PERTE CONSCIENCE	1	2	8	RESPIRATION	1	2	8	CONVULSION	1	2	8	SAIGNEMENTS	1	2	8	ICTÈRE/JAUNISSE	1	2	8	URINE NOIRE	1	2	8	VOMISSEMENTS	1	2	8	REFUS MANGER/TÉTER	1	2	8
	OUI	NON	NS																																																																																																
FIÈVRE ÉLEVÉE	1	2	8																																																																																																
ANÉMIE	1	2	8																																																																																																
PROSTRATION	1	2	8																																																																																																
PERTE CONSCIENCE	1	2	8																																																																																																
RESPIRATION	1	2	8																																																																																																
CONVULSION	1	2	8																																																																																																
SAIGNEMENTS	1	2	8																																																																																																
ICTÈRE/JAUNISSE	1	2	8																																																																																																
URINE NOIRE	1	2	8																																																																																																
VOMISSEMENTS	1	2	8																																																																																																
REFUS MANGER/TÉTER	1	2	8																																																																																																
	OUI	NON	NS																																																																																																
FIÈVRE ÉLEVÉE	1	2	8																																																																																																
ANÉMIE	1	2	8																																																																																																
PROSTRATION	1	2	8																																																																																																
PERTE CONSCIENCE	1	2	8																																																																																																
RESPIRATION	1	2	8																																																																																																
CONVULSION	1	2	8																																																																																																
SAIGNEMENTS	1	2	8																																																																																																
ICTÈRE/JAUNISSE	1	2	8																																																																																																
URINE NOIRE	1	2	8																																																																																																
VOMISSEMENTS	1	2	8																																																																																																
REFUS MANGER/TÉTER	1	2	8																																																																																																
440	Est-ce que (NOM) a été déjà hospitalisé(e) pour cas de paludisme grave?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 442) ←	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 442) ←																																																																																																
441	Pour combien de jours? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8																																																																																																
442		RETOURNEZ À 404 À LA COLONNE SUIVANTE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 443.	RETOURNEZ À 404 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 443.																																																																																																
443	Quand votre/vos enfants ont de la fièvre, jusqu'à quel point est-il urgent ou pas urgent de rechercher immédiatement un traitement antipaludique ? SI URGENT: Est-ce extrêmement urgent ou très urgent? SI PAS URGENT: Est ce peu urgent ou pas du tout urgent?	EXTRÊMEMENT URGENT 1 TRÈS URGENT 2 PEU URGENT 3 PAS DU TOUT URGENT 4																																																																																																	
444	Quand votre/vos enfants ont la fièvre, est-ce que vous êtes d'accord ou pas d'accord pour qu'il soit d'abord traité avec des herbes médicinales ou autres pratiques? SI OUI (D'ACCORD): Êtes-vous complètement d'accord ou assez d'accord? SI NON (PAS D'ACCORD): Êtes-vous assez opposé ou complètement opposé ?	COMPLÈTEMENT D'ACCORD 1 ASSEZ D'ACCORD 2 ASSEZ OPPOSÉ 3 COMPLÈTEMENT OPPOSÉ 4																																																																																																	

445	<p>Quand votre/vos enfants ont la fièvre, le traitement, (y compris les consultations) est-il abordable ou inabordable ?</p> <p>SI ABORDABLE: Est-il très abordable ou abordable?</p> <p>SI INABORDABLE: Est-il inabordable ou vraiment inabordable?</p>	<p>TRÈS ABORDABLE 1</p> <p>ABORDABLE 2</p> <p>INABORDABLE 3</p> <p>VRAIMENT INABORDABLE 4</p>	
446	<p>Quand votre/vos enfant(s) ont la fièvre, les antipaludiques sont-ils toujours disponibles ou pas disponibles ?</p> <p>SI DISPONIBLE: Est ce toujours disponibles ou assez souvent disponibles?</p> <p>SI PAS DISPONIBLE: Est ce rarement disponibles ou jamais disponibles?</p>	<p>TOUJOURS DISPONIBLES 1</p> <p>ASSEZ SOUVENT DISPONIBLES 2</p> <p>RAREMENT DISPONIBLES 3</p> <p>JAMAIS DISPONIBLES 4</p>	
447	<p>Gardez-vous des doses partielles de médicaments antipaludiques pour les utiliser éventuellement dans le futur ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 5. CONNAISSANCE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501	<p>Comment peut-on contracter le paludisme ?</p> <p>INSISTER : Aucune autre façon ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>MANQUE D'HYGIÈNE DANS ENVIRONNEMENT A</p> <p>PIQÛRE DE MOUSTIQUE B</p> <p>PAS DE PRISE DE MÉDICAMENT PRÉVENTIF C</p> <p>EFFORT PHYSIQUE/FATIGUE D</p> <p>EXPOSITION DIRECTE À LUMIÈRE DU SOLEIL PENDANT LE TRAVAIL E</p> <p>EN RESTANT SOUS LA PLUIE F</p> <p>CHANGEMENT SOUDAIN DE CLIMAT G</p> <p>MALNUTRITION H</p> <p>CONSOMMATION DE FRUITS I</p> <p>MANQUE D'HYGIÈNE CORPORELLE J</p> <p>EN BROUSSE K</p> <p>AUTRE _____ W (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
502	<p>Quel est, selon vous, le symptôme principal du paludisme ?</p>	<p>FIÈVRE 11</p> <p>MANQUE D'APPÉTIT ET VOMISSEMENTS 12</p> <p>TEMPÉRATURE ÉLEVÉE AVEC CONVULSIONS 13</p> <p>TEMPÉRATURE ÉLEVÉE AVEC ÉVANOUISSEMENT 14</p> <p>TEMPÉRATURE PERSISTANTE 15</p> <p>CONVULSIONS 16</p> <p>JAUNISSE 17</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
503	<p>Quels sont les moyens efficaces pour prévenir le paludisme ?</p> <p>INSISTER : Aucun autre moyen ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE A</p> <p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE B</p> <p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE TOUS LES NUITS PENDANT TOUTE L'ANNÉE C</p> <p>EN PRENANT DES MÉDICAMENTS PRÉVENTIFS D</p> <p>EN PRENANT DES COMPRIMÉS PENDANT LA GROSSESSE E</p> <p>EN UTILISANT UN INSECTICIDE/ DIFFUSEURS/CRÈMES/ LOTIONS/RÉPULSIFS F</p> <p>EN UTILISANT UN SERPENTIN ANTI-MOUSTIQUES G</p> <p>EN ÉVITANT D'ATTRAPER FROID H</p> <p>EN ÉVITANT L'EXPOSITION À LA LUMIÈRE DIRECTE DU SOLEIL I</p> <p>EN NETTOYANT LES ENVIRONS J</p> <p>ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE K</p> <p>AUTRE _____ W (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
504	<p>Quelles sont les personnes qui sont les plus vulnérables au paludisme ?</p>	<p>ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS A</p> <p>LES ENFANTS B</p>	

SECTION 5. CONNAISSANCE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	INSISTER : Personne d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	LES FEMMES ENCEINTEES C LES FEMMES D LES HOMMES E LES PERSONNES ÂGÉES F TOUT LE MONDE G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
504A	Au cours des mois de septembre, octobre, et novembre 2015, avez-vous entendu ou reçu des messages sur la campagne de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide durable, ou MID?	OUI 1 NON 2	→ 505
504B	Avez-vous entendu ou reçu des message AVANT la distribution?	OUI 1 NON 2	→ 504D
504C	Par quels moyens, avez-vous entendu ou reçu ces messages? Pas d'autres moyens? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	VISITES À DOMICILE A ANIMATION DE MASSE/GROUPE B SPOTS RADIO/TELE C AU CENTRE DE SANTE D AU COURS CPN E VACCINATION F AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
504D	Avez-vous entendu ou reçu des message PENDANT la distribution?	OUI 1 NON 2	→ 504F
504E	Par quels moyens, avez-vous entendu ou reçu ces messages? Pas d'autres moyens? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	VISITES À DOMICILE A ANIMATION DE MASSE/GROUPE B SPOTS RADIO/TELE C AU CENTRE DE SANTE D AU COURS CPN E VACCINATION F AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
504F	Avez-vous entendu ou reçu des message APRÈS la distribution?	OUI 1 NON 2	→ 504H
504G	Par quels moyens, avez-vous entendu ou reçu ces messages? Pas d'autres moyens? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	VISITES À DOMICILE A ANIMATION DE MASSE/GROUPE B SPOTS RADIO/TELE C AU CENTRE DE SANTE D AU COURS CPN E VACCINATION F AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
504H	Quels messages avez-vous entendus ou reçus (avant, pendant ou après la campagne de distribution)? Pas d'autres types de messages? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	OÙ CHERCHER UNE MID A QUAND CHERCHER UNE MID B LA MID EST GRATUITE C COMMENT SUSPENDRE UNE MID D COMMENT ENTRETENIR UNE MID E QUAND UTILISER LA MID F INTÉRÊT DE PRENDRE LA MID G AUTRE _____ W (PRÉCISEZ) AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
504I	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez vous entendu des messages sur la sensibilisation sur le paludisme? SI 6 FOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '6'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	

SECTION 5. CONNAISSANCE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
505	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :</p> <p>a) Assisté à des sensibilisation sur le traitement du paludisme par un agent communautaire ?</p> <p>b) Assisté à des sensibilisation sur le traitement du paludisme par MVU ?</p> <p>c) Entendu parler du traitement du paludisme à la radio ?</p> <p>d) Vu quelque chose concernant le traitement du paludisme à la télévision ?</p> <p>e) Vu quelque chose concernant le traitement du paludisme dans un journal ou un magazine ?</p>	<p>OUI NON</p> <p>AGENT COMMUNITAIRE 1 2</p> <p>MVU 1 2</p> <p>RADIO 1 2</p> <p>TÉLÉVISION 1 2</p> <p>JOURNAL OU MAGAZINE 1 2</p>	
506	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des messages sur le traitement du paludisme, concernant:</p> <p>a) L'utilisation ACT ?</p> <p>b) Le prix d'achat du traitement?</p> <p>c) La disponibilité du traitement ?</p> <p>d) L'efficacité du traitement ?</p> <p>e) Autres messages sur le traitement du paludisme ?</p>	<p>OUI NON</p> <p>UTILISATION D' ACT 1 2</p> <p>PRIX D'ACHAT 1 2</p> <p>DISPONIBILITÉ 1 2</p> <p>ÉFFICACITÉ 1 2</p> <p>AUTRES MESSAGES 1 2</p>	
507	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :</p> <p>a) Assisté à des sensibilisations sur la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme par un agent communautaire ?</p> <p>b) Assisté à des sensibilisations sur la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme par MVU ?</p> <p>c) Entendu parler de la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme à la radio ?</p> <p>d) Vu quelque chose concernant la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme à la télévision ?</p> <p>e) Vu quelque chose concernant la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme dans un journal ou un magazine ?</p>	<p>OUI NON</p> <p>AGENT COMMUNITAIRE 1 2</p> <p>MVU 1 2</p> <p>RADIO 1 2</p> <p>TÉLÉVISION 1 2</p> <p>JOURNAL OU MAGAZINE 1 2</p>	
508	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des messages sur le MID pour la prevention du paludisme concernant:</p> <p>a) Où chercher une MID ?</p> <p>b) Quand chercher une MID ?</p> <p>c) La MID est gratuite ?</p> <p>d) Comment suspendre une MID ?</p> <p>e) Comment entretenir une MID ?</p> <p>f) Quand est-ce qu'on utilise la MID ?</p> <p>g) Intérêt de prendre la MID ?</p> <p>h) Autre message sur la MID ?</p>	<p>OUI NON</p> <p>OÙ CHERCHER 1 2</p> <p>QUAND CHERCHER 1 2</p> <p>MID GRATUITE 1 2</p> <p>SUSPENDRE LA MID 1 2</p> <p>ENTRETENIR LA MID 1 2</p> <p>QUAND UTILISER 1 2</p> <p>INTÉRÊT DE PRENDRE 1 2</p> <p>AUTRE 1 2</p>	
509	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des messages sur le CAID pour la prévention du paludisme concernant:</p> <p>a) Rester en dehors de la maison après pulvérisation intra domiciliaire?</p> <p>b) Le fait que la pulvérisation intra domiciliaire n'est pas dangereuse pour la santé ?</p> <p>c) Précautions à prendre?</p> <p>d) Autre message sur le CAID ?</p>	<p>OUI NON</p> <p>RESTER DEHORS APRÈS PULVÉRISATION 1 2</p> <p>PULVÉRISATION PAS DANGEREUSE 1 2</p> <p>PRÉCAUTIONS 1 2</p> <p>AUTRE 1 2</p>	
510	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des messages sur les femmes enceintes pour la prévention du paludisme concernant:</p> <p>a) Le traitement préventif intermittent ?</p> <p>b) Utilisation de MID pendant la grossesse?</p> <p>c) Autre message sur les femmes enceintes pour la prévention du paludisme ?</p>	<p>OUI NON</p> <p>TPI 1 2</p> <p>GROSSESSE 1 2</p> <p>AUTRE 1 2</p>	

SECTION 5. CONNAISSANCE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
510A	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous assisté à une séance de sensibilisation sur la lutte contre le paludisme dans un endroit public, faite par un agent communautaire comme, par exemple, des séances de sensibilisation en petits groupes pendant les jours de marché?	OUI 1 NON 2 NE SE SOUVIENT PAS 8	→ 510C
510B	Quels étaient les sujets de la sensibilisation? Pas d'autres sujets? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PRÉVENTION DU PALUDISME MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE DURABLE (MID) A CAMPAGNE D'ASPERSION INTRADOMICILIAIRE (CAID) B TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT POUR FEMMES ENCEINTES C AUTRE D (PRÉCISEZ) TRAITEMENT DU PALUDISME RECHERCHE DE SOINS PRÉCOCE EN CAS DE FIÈVRE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS E UTILISATION DE TEST DE DIAGNOSTIC RAPIDE (TDR) F TRAITEMENT AVEC DES ACTs G AUTRE X (PRÉCISEZ)	
510C	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il été visité par un agent communautaire pour parler de la lutte contre le paludisme?	OUI 1 NON 2 NE SE SOUVIENT PAS 8	→ 510E
510D	Quels étaient les sujets de discussion? Pas d'autres sujets? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PRÉVENTION DU PALUDISME MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE DURABLE (MID) A CAMPAGNE D'ASPERSION INTRADOMICILIAIRE (CAID) B TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT POUR FEMMES ENCEINTES C AUTRE D (PRÉCISEZ) TRAITEMENT DU PALUDISME RECHERCHE DE SOINS PRÉCOCE EN CAS DE FIÈVRE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS E UTILISATION DE TEST DE DIAGNOSTIC RAPIDE (TDR) F TRAITEMENT AVEC DES ACTs G AUTRE X (PRÉCISEZ)	
510E	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous assisté à un grand évènement en plein air organisé dans le cadre de la lutte contre le paludisme?	OUI 1 NON 2 NE SE SOUVIENT PAS 8	→ 511
510F	Quels types d'évènements? Pas d'autres évènements? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	CÉLÉBRATION DES JOURNÉES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME OU SPECTACLES AVEC DES ARTISTES DE RENOM A SPECTACLE DE MARIONNETTES B SPECTACLE FOLKLORIQUE C TOURNOI SPORTIF OU DIFFÉRENTS CONCOURS D SÉANCE DE PROJECTION MVU E	

SECTION 5. CONNAISSANCE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
		AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
511	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des antipaludiques ?	OUI 1 NON 2	
512	Est-ce qu'un enfant qui a la fièvre doit aller au centre de santé ou voir un agent communautaire ou peut rester à la maison pour suivre un traitement ?	CENTRE DE SANTE 1 AGENT COMMUNAUTAIRE 2 MAISON 3 NE SAIT PAS 8	
512A	Est-ce qu'une femme enceinte qui a la fièvre doit aller au centre de santé ou voir un agent communautaire ou peut rester à la maison pour suivre un traitement ?	CENTRE DE SANTE 1 AGENT COMMUNAUTAIRE 2 MAISON 3 NE SAIT PAS 8	
513	Avez-vous entendu parler de :	OUI NON	
	a) ACTipal?	ACTIPAL 1 2	
	b) Larimal?	LARIMAL 1 2	
	c) Artemodi?	ARTEMODI 1 2	
	d) Arsumoon?	ARSUMOON 1 2	
	e) Falcimon?	FALCIMON 1 2	
	f) ACT?	ACT 1 2	
	g) ACTm?	ACTm 1 2	
	h) ASAQ?	ASAQ 1 2	
514	Quel est, selon vous, l'antipaludique le plus efficace pour traiter les femmes enceintes qui ont des symptômes de paludisme? NE PAS LIRE LES REPONSES	ACTIPAL 11 LARIMAL 12 ARTEMODI 13 ARSUMOON 14 FALCIMON 15 ACT 16 ACTm 17 ASAQ 18 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	
515	Quel est, selon vous, l'antipaludique le plus efficace pour traiter les enfants de moins de cinq ans ? NE PAS LIRE LES REPONSES	ACTIPAL 11 LARIMAL 12 ARTEMODI 13 ARSUMOON 14 FALCIMON 15 ACT 16 ACTm 17 ASAQ 18 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	
516	Qu'est ce qu'une femme enceinte doit faire pendant la grossesse pour éviter le paludisme ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PRENDRE 2 DOSES DE TPI (SP) A DORMIR SOUS UNE MID B TPI C PRENDRE AU MOINS 3 DOSES DE TPI (SP) .. D AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	
517	Où est-ce qu'une femme enceinte doit se rendre pour recevoir les doses de traitement préventif intermittent (SP) au cours de sa grossesse ?	CSB 1 HÔPITAL 2 AUTRE _____ 3 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8	
518	Vos amis ou voisins encouragent les femmes enceintes	TOUT À FAIT D'ACCORD 1	

SECTION 5. CONNAISSANCE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	<p>à obtenir des comprimés de SP dans les centres de santé pour leur permettre d'éviter de contracter le paludisme?</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord?</p> <p>SI D'ACCORD : Êtes-vous d'accord ou tout à fait d'accord ?</p> <p>SI PAS D'ACCORD: N'êtes-vous pas d'accord ou pas du tout d'accord ?</p>	<p>D'ACCORD 2</p> <p>PAS D'ACCORD 3</p> <p>PAS DU TOUT D'ACCORD 4</p>	
519	<p>Selon vous, quels sont les avantages à dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ?</p> <p>INSISTEZ : Aucun autre avantage ?</p> <p>NE PAS LIRE LES REPONSES</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>PLUS EFFICACE CONTRE</p> <p>LES MOUSTIQUES A</p> <p>TUE MOUSTIQUES/AUTRES INSECTES B</p> <p>ÉCARTE MOUSTIQUES/AUTRES INSECTES C</p> <p>MEILLEUR POUR PRÉVENIR LE PALUDISME D</p> <p>MEILLEUR POUR PREVENIR FAUSSES COUCHES/MORTS-NÉS E</p> <p>FEMME MIEUX PROTÉGÉE CONTRE MALADIES F</p> <p>ÉCONOMISE ARGENT CAR ENFANT NON MALADE G</p> <p>POUR PREVENIR LE FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE H</p> <p>ON DORT BIEN I</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
520	<p>Selon vous, quels sont les inconvénients à dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ?</p> <p>NE PAS LIRE LES REPONSES</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>MAUVAISE ODEUR A</p> <p>CAUSE DES IRRITATIONS/TOUX B</p> <p>REND MALADE C</p> <p>DONNE DES NAUSÉES D</p> <p>PRODUIT CHIMIQUE DANGEREUX E</p> <p>PRODUIT UTILISÉ PEUT TUER LE FOETUS/CAUSER DES FAUSSES COUCHES F</p> <p>PEUT SUFFOQUER/DIFFICULTÉS RESPIRER G</p> <p>INSECTICIDE UTILISÉ NON EFFICACE H</p> <p>MOUSTIQUAIRE SE SALIT VITE I</p> <p>PAS D'INCONVENIENT J</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
521	<p>Pendant quels mois ou saisons de l'année, les gens doivent-ils dormir sous une moustiquaire traitée avec des insecticides ?</p>	<p>SAISON SÈCHE 1</p> <p>SAISON HUMIDE 2</p> <p>TOUTE L'ANNÉE 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
522	<p>Pensez-vous que le prix d'une super moustiquaire vendue à 3000 ariary est abordable ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
523	<p>Avez-vous souvent, rarement ou jamais des conversations avec vos amis ou voisins sur le paludisme ?</p>	<p>SOUVENT 1</p> <p>RAREMENT 2</p> <p>JAMAIS 3</p>	
524	<p>Dans quelle mesure pensez-vous qu'il est important que vos enfants dorment sous une moustiquaire imprégnée: extrêmement important, très important, peu important, pas important du tout ?</p>	<p>EXTRÊMEMENT IMPORTANT 1</p> <p>TRÈS IMPORTANT 2</p> <p>PEU IMPORTANT 3</p> <p>PAS IMPORTANT DU TOUT 4</p>	
525	<p>Vous arrive-t-il d'utiliser des moustiquaires pour autre</p>	<p>TOUT LE TEMPS 1</p>	

SECTION 5. CONNAISSANCE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	chose que pour dormir dessous: tout le temps, parfois, rarement, jamais?	PARFOIS 2 RAREMENT 3 JAMAIS 4 N'A JAMAIS EU DE MOUSTIQUAIRE 5	
526	Je voudrais maintenant connaître votre opinion sur certaines déclarations. Je vous demande de faire un effort et de donner vraiment ce que vous y pensez. Je précise que les questions semblent se répéter mais je vous les poserai pour bien cerner votre opinion.		
527	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'opinion suivante : les moustiquaires imprégnées d'insecticide ont des effets négatifs sur la santé. Êtes-vous d'accord ou pas d'accord? SI D'ACCORD : Êtes-vous d'accord ou tout à fait d'accord ? SI PAS D'ACCORD: N'êtes-vous pas d'accord ou pas du tout d'accord ?	TOUT À FAIT D'ACCORD 1 D'ACCORD 2 PAS D'ACCORD 3 PAS DU TOUT D'ACCORD 4	
528	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'opinion suivante: Vous pouvez accrocher une moustiquaire à n'importe quel endroit où les gens dorment dans votre logement. Êtes-vous d'accord ou pas d'accord? SI D'ACCORD : Êtes-vous d'accord ou tout à fait d'accord ? SI PAS D'ACCORD: N'êtes-vous pas d'accord ou pas du tout d'accord ?	TOUT À FAIT D'ACCORD 1 D'ACCORD 2 PAS D'ACCORD 3 PAS DU TOUT D'ACCORD 4	
529	Êtes-vous tout d'accord ou pas d'accord avec l'opinion suivante: On risque seulement de contracter le paludisme pendant la saison des pluies. Êtes-vous d'accord ou pas d'accord? SI D'ACCORD : Êtes-vous d'accord ou tout à fait d'accord ? SI PAS D'ACCORD: N'êtes-vous pas d'accord ou pas du tout d'accord ?	TOUT À FAIT D'ACCORD 1 D'ACCORD 2 PAS D'ACCORD 3 PAS DU TOUT D'ACCORD 4	

SECTION 5. CONNAISSANCE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
530	<p>Quels sont tous les endroits que vous connaissez où on peut se procurer d'une MID pour votre famille?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L' HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU PUBLIC, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC CENTRE DE SANTÉ DE BASE II A CENTRE DE SANTÉ DE BASE I B</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ C CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ D PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS E MÉDECIN PRIVÉ F</p> <p>AUTRE SOURCE AGENT COMMAUNITAIRE G BOUTIQUE H KIOSQUE I AMIS/PARENTS J</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>									
531	<p>Quels sont tous les endroits que vous connaissez où on peut se procurer d'une MID pour les femmes enceintes?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L' HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU PUBLIC, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC CENTRE DE SANTÉ DE BASE II A CENTRE DE SANTÉ DE BASE I B</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ C CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ D PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS E MÉDECIN PRIVÉ F</p> <p>AUTRE SOURCE AGENT COMMAUNITAIRE G BOUTIQUE H KIOSQUE I AMIS/PARENTS J</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>									
532	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURES <table border="1" data-bbox="1166 1391 1291 1435"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> MINUTES <table border="1" data-bbox="1166 1435 1291 1480"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>									

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE
À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE
