

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME AU BURKINA FASO
(EIPBF - 2017)
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 (1)									
NOM DE LA LOCALITÉ _____									
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____									
NUMÉRO DE GRAPPE									
NUMERO DE CONCESSION									
NUMÉRO DU MÉNAGE									
RÉGION ADMINISTRATIVE									
PROVINCE									
DISTRICT SANITAIRE									
MILIEU (URBAIN =1, RURAL =2)									
MILIEU DETAILLE (OUAGADOUGOU =1, AUTRES VILLES=2, RURAL=3)									
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____									
VISITES D'ENQUÊTRICES									
	1	2	3	VISITE FINALE					
DATE	_____	_____	_____	JOUR					
				MOIS					
				ANNÉE	2	0	1	7	
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	No ENQUÊTRICE					
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT*					
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES					
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 04 DIOULA 07 DAGARA 02 MOORE 05 GULMANTCHEMA 08 AUTRES 03 PEUHL/FULFULDE 06 BISSA							
CHEF D'ÉQUIPE _____ NOM			CONTRÔLE BUREAU _____ NOM			AGENT DE SAISIE _____ NOM			

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Nous effectuons une enquête sur le paludisme au Burkina Faso. 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 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 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.

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 MINUTES																															
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS NE CONNAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE NE CONNAIT PAS L'ANNÉE 9998																															
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES																															
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 108																														
105 (2)	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, post primaire(6ème à 3ème), secondaire (2nd à 11e) ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 POST PRIMAIRE 2 SECONDAIRE 3 SUPÉRIEUR 4																															
106 (2)	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'.	ANNÉE/CLASSE																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Niveau</th><th>Primaire=1</th><th>Post primaire=2</th><th>Secondaire=3</th><th>Supérieur=4</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="6">Classe</td> <td>CP1=1</td><td>6è=1</td><td>2nd=1</td><td>1ère année=1</td></tr> <tr> <td>CP2=2</td><td>5è=2</td><td>1ère=2</td><td>2è année=2</td></tr> <tr> <td>CE1=3</td><td>4è=3</td><td>11e=3</td><td>3è année=3</td></tr> <tr> <td>CE2=4</td><td>3è=4</td><td>FPB=4</td><td>4è année=4</td></tr> <tr> <td>CM1=5</td><td>FPP=5</td><td></td><td>5è année+=5</td></tr> <tr> <td>CM2=6</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Niveau	Primaire=1	Post primaire=2	Secondaire=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	11e=3	3è année=3	CE2=4	3è=4	FPB=4	4è année=4	CM1=5	FPP=5		5è année+=5	CM2=6					
Niveau	Primaire=1	Post primaire=2	Secondaire=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	11e=3	3è année=3																													
	CE2=4	3è=4	FPB=4	4è année=4																													
	CM1=5	FPP=5		5è année+=5																													
	CM2=6																																
107	VÉRIFIEZ 105: PRIMAIRE, POST PRIMAIRE <input type="checkbox"/> OU SECONDAIRE <input type="checkbox"/>	SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>	→ 109																														
108 (3)	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 ?	MUSULMANE 01 CATHOLIQUE 02 PROTESTANTE 03 TRADITIONNELLE/ANIMISTE 04 SANS RELIGION/AUCUNE 05 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)																															

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
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 GOUROUNDI 05 LOBI 06 MOSSI 07 SENOULO 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 six mois passés, avez-vous entendu ou reçu des messages sur le paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 115
112	Avez-vous entendu ou reçu des messages: a) Sur la radio? B) sur la télé? C) sur une affiche/dépliants/boîte à images? D) à partir d'un agent de santé communautaire? E) à partir d'un évènement communautaire/crieurs? F) Centres de santé? G) Animateurs? H) ailleurs?	<div style="text-align: right;">OUI NON</div> RADIO 1 2 TELEVISION 1 2 AFFICHE/DEPLIANT/BOITE A IMAGES 1 2 AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE 1 2 EVENEMENT COMMUNAUTAI./CRIEURS 1 2 CENTRES DE SANTE 1 2 ANIMATEURS 1 2 AILLEURS 1 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 SUCRE: F</p> <p>CONSOMMATION DE LAIT G</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</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 VOMISSEMENT: 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>	
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>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
119	<p>Quels sont les moyens efficaces pour traiter le paludisme chez les enfants ?</p> <p>INSISTER : Aucun autre moyen ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) A</p> <p>SP/FANSIDAR B</p> <p>CHLOROQUINE C</p> <p>AMODIAQUINE D</p> <p>QUININE COMPRIMÉS E</p> <p>INJECTION/IV/IM F</p> <p>ARTESUNATE VOIE RECTALE G</p> <p>INJECTION/IV/IM H</p> <p>ARTEMETHER (INJECT.) I</p> <p>SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINE) J</p> <p>AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ K</p> <p>À PRÉCISER</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP L</p> <p>INJECTION/IV M</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS PARACETAMOL/ASPIRINE N</p> <p>ACETAMINOPHEN O</p> <p>IBUPROFEN P</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>À PRÉCISER</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	

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 b) FILLES À LA MAISON <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
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 b) FILLES AILLEURS <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
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 b) FILLES DÉCÉDÉES <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL NAISSANCES <div><div></div><div></div></div>	
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 naissances avez-vous eues en 2012-2017? INSCRIVEZ LE TOTAL NOMBRE DE NAISSANCES EN 2012-2017.	TOTAL EN 2012-2017 <div><div></div><div></div></div> AUCUNE 00	→ 225

SECTION 2. REPRODUCTION

<p>212 Je voudrais maintenant enregistrer les noms de toutes les naissances que vous avez eues entre 2012-2017, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la naissance la plus récente.</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES ENTRE 2012-2017 À 213. INSCRIVEZ LES Jumeaux/Triples sur des lignes séparées. S'il y a plus de 10 naissances, utilisez un questionnaire supplémentaire, en commençant à la seconde ligne.</p>								
<p>213</p> <p>Quel nom a été donné à votre (dernier/précédent) enfant ?</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM.</p> <p>N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.</p>	<p>214</p> <p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p>	<p>215</p> <p>(NOM) est-il une naissance simple ou multiple ?</p>	<p>216</p> <p>Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p>	<p>217</p> <p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>218</p> <p>SI EN VIE:</p> <p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE.</p>	<p>219</p> <p>SI EN VIE:</p> <p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>220</p> <p>SI EN VIE:</p> <p>INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.</p>	<p>221</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	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 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 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 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 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 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 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 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 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 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 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° 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
<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 un garçon ou une fille ?</p>	<p>(NOM) est-il une naissance simple ou multiple ?</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>218 SI EN VIE:</p> <p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRI-VEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE .</p>	<p>219 SI EN VIE:</p> <p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>220 SI EN VIE:</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>221</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>
06	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP. 1</p> <p>MULT 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>↓</p> <p>(NAIS SUIV.)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N0 LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>(AJOUT . NAIS.)</p> <p>NON 2</p> <p>(NAIS SUIV.)</p>
07	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP. 1</p> <p>MULT 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>↓</p> <p>(NAIS SUIV.)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N0 LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>(AJOUT . NAIS.)</p> <p>NON 2</p> <p>(NAIS SUIV.)</p>
08	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP. 1</p> <p>MULT 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>↓</p> <p>(NAIS SUIV.)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N0 LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>(AJOUT . NAIS.)</p> <p>NON 2</p> <p>(NAIS SUIV.)</p>
09	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP. 1</p> <p>MULT 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>↓</p> <p>(NAIS SUIV.)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N0 LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>(AJOUT . NAIS.)</p> <p>NON 2</p> <p>(NAIS SUIV.)</p>
10	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP. 1</p> <p>MULT 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>↓</p> <p>(NAIS SUIV.)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N0 LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>(AJOUT . NAIS.)</p> <p>NON 2</p> <p>(NAIS SUIV.)</p>

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 (4)	VÉRIFIEZ 216: INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES ENTRE 2012-2017	NOMBRE DE NAISSANCES <input type="text"/> AUCUNE 0	
225	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 227
226	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
227 (4)	VÉRIFIEZ 224: UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2012 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 301) ←	AUCUNE NAISSANCE ENTRE 2012-2017 <input type="checkbox"/> 224 EST NULL <input type="checkbox"/>	→ 429 → 429

SECTION 3. GROSSESSE ET TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT

[illegible]

304	<p>Durant cette grossesse, avez-vous pris de la SP/Fansidar pour éviter le paludisme ?</p> <p>MONTRER LA PLAQUETTE SI POSSIBLE</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 307</p>
305	<p>Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
305A	<p>Combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar en présence de l'agent de santé ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
306	<p>Vous a-t-on donné la SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé, durant une visite d'un agent de santé communautaire ou l'avez-vous obtenue ailleurs ?</p> <p>SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.</p>	<p>VISITE PRÉNATALE 1</p> <p>AUTRE VISITE DANS ÉTABLISSEMENT SANITAIRE 2</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 3</p> <p>AUTRE SOURCE 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
307 (4)	<p>VÉRIFIEZ 216 ET 217:</p> <p>UN ENFANT VIVANT OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>NÉ ENTRE 2012-2017</p> <p>(ALLER À 401) ←</p>	<p>PAS D'ENFANT VIVANT NÉ ENTRE 2012-2017 <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 428</p>

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 ENTRE 2012-2017. 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 QUESTIONNAIRE(S) ADDITIONNEL(S).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de vos enfants depuis Janvier 2012. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).</p>		
402	<p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 213 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES</p>	<p>DERNIÈRE NAISSANCE</p> <p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE</p> <p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p>
403	<p>A PARTIR DES QUESTIONS 213 ET 217:</p>	<p>NOM _____</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 428) ←</p>	<p>NOM _____</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 428) ←</p>
404	<p>Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 428) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 428) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
405	<p>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 ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
406	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 411) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 411) ←</p>
407 (5)	<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 DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL</p> <p>GOUVT./CHU/CHR A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ</p> <p>GOUVT./CENT. MEDIC. AVEC ANTENNE (CMA)/CM B</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ET DE PROMOTION SOCIALE (CSPS)/DISP/MATERNIT. . . C</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE . . D</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ E</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/POLYCLIN. PRIVÉ F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ/CAB. SOINS H</p> <p>CLINIQUE MOBILE I</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ COMMUNAUTAIRE J</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ K</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE L</p> <p>TRADIPRATICIEN M</p> <p>MARCHÉ N</p> <p>VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL</p> <p>GOUVT./CHU/CHR A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ</p> <p>GOUVT./CENT. MEDIC. AVEC ANTENNE (CMA)/CM B</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ET DE PROMOTION SOCIALE (CSPS)/DISP/MATERNIT. . . C</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE . . D</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ E</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/POLYCLIN. PRIVÉ F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ/CAB. SOINS H</p> <p>CLINIQUE MOBILE I</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ COMMUNAUTAIRE J</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ K</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE L</p> <p>TRADIPRATICIEN M</p> <p>MARCHÉ N</p> <p>VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>

408	VÉRIFIEZ 407:	<div> <div>DEUX CODES OU PLUS ENCERCLÉS</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>SEULEMENT UN CODE ENCERCLÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>(ALLEZ À 410)</div> <div>←</div> </div>	<div> <div>DEUX CODES OU PLUS ENCERCLÉS</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>SEULEMENT UN CODE ENCERCLÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>(ALLEZ À 410)</div> <div>←</div> </div>
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"/>
410	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"/> <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>
411	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 <div>(ALLEZ À 427) ←</div> NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 <div>(ALLEZ À 427) ←</div> NE SAIT PAS 8
412	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? Aucun autre médicament ? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) .. A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D QUININE COMPRIMÉS..... E INJECTION/IV/IM F ARTESUNATE VOIE RECTALE G INJECTION/IV/IM H ARTEMETHER (INJECT.) .. I SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINE) J AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ K (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP L INJECTION/IV M AUTRES MÉDICAMENTS PARACETAMOL/ASPIRINE .. N ACETAMINOPHEN O IBUPROFEN P AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) .. A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D QUININE COMPRIMÉS..... E INJECTION/IV/IM F ARTESUNATE VOIE RECTALE G INJECTION/IV/IM H ARTEMETHER (INJECT.) .. I SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINE) J AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ K (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP L INJECTION/IV M AUTRES MÉDICAMENTS PARACETAMOL/ASPIRINE .. N ACETAMINOPHEN O IBUPROFEN P AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z
413	VÉRIFIEZ 412: Y A-T-IL UN CODE A-K ENCERCLÉ?	<div>OUI</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> <div>NON</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> <div>(ALLEZ À 428) ←</div>	<div>OUI</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> <div>NON</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> <div>(ALLEZ À 428) ←</div>

414	VÉRIFIEZ 412: COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE ('A') DONNÉE	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 416)	CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 416)	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 416)	CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 416)
415	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une combinaison à base d'artémisinine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
416	VÉRIFIEZ 412: SP ('B') DONNÉE	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 418)	CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 418)	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 418)	CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 418)
417	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 OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8

418	VÉRIFIEZ 412: CHLOROQUINE ('C') DONNÉE	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 420) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 420) ←
419	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 OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
420	VÉRIFIEZ 412: AMODIAQUINE ('D') DONNÉE	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 422) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 422) ←
421	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 OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
422	VÉRIFIEZ 412: QUININE ('E-F') DONNÉE	CODE 'E-F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E-F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 424) ←	CODE 'E-F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E-F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 424) ←
423	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 OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
424	VÉRIFIEZ 412: ARTESUNATE ('G-H') DONNÉE	CODE 'G-H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'G-H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 425A) ←	CODE 'G-H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'G-H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 425A) ←
425	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'artesunate?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
425A	VÉRIFIEZ 412: ARTEMETHER ('I') DONNÉE	CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 425C) ←	CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 425C) ←
425B	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'artemether?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
425C	VÉRIFIEZ 412: SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINE) ('J') DONNÉE	CODE 'J' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'J' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 426) ←	CODE 'J' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'J' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 426) ←
425D	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de SP/Fansidar et Amodiaquine (combiné)?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8

426	VÉRIFIEZ 412: AUTRE ANTIPALUDIQUE ('K') DONNÉ	<div> <div>CODE 'K' ENCERCLÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>CODE 'K' NON ENCERCLÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div>(ALLEZ À 428)</div>	<div> <div>CODE 'K' ENCERCLÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>CODE 'K' NON ENCERCLÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div>(ALLEZ À 428)</div>
427	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 OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
428		RETOURNEZ À 403 À LA COLONNE SUIVANTE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 429.	RETOURNEZ À 403 À LA COLONNE SUIVANTE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 429.
429	ENRIGISTREZ L'HEURE	<div> HEURES <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> MINUTES <div> <div></div> <div></div> </div> </div>	

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

NOM DU CHEF D'EQUIPE _____ DATE _____

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

NOM DU SUPERVISEUR _____ DATE _____