

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME
QUESTIONNAIRE STANDARD FEMME

REPUBLIQUE DE GUINEE
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION														
NOM DE LA LOCALITÉ: _____														
NOM DU CHEF DE MÉNAGE: _____														
NUMÉRO DE GRAPPE				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
NUMÉRO DE MÉNAGE				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____														
REGION ADMINISTRATIVE														
REGION NATURELLE														
NUMÉRO DISTRICT SANITAIRE				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
MILIEU DE RESIDENCE (1= CONAKRY, 2=AUTRE VILLE, 3=RURAL)														
VISITES D'ENQUETEURS/D'ENQUÊTRICES														
	1	2	3	VISITE FINALE										
DATE	_____	_____	_____	JOUR MOIS ANNÉE N° ENQUÊTÉE										
NOM DE L'ENQUETEUR/ L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
PROCHAINE DATE VISITE HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES										
	_____	_____	_____	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
*CODES RÉSULTAT : 1 REMPLI 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT REMPLI 7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ PRÉCISEZ														
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">0</table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">1</table> LANGUE DE L'INTERVIEW** <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"> </table> LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE** <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"> </table> TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"> </table>														
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS **CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS 04 MALINKE 07 KPELE 02 SOUSSOU 05 KISSI 08 AUTRE _____ 03 PEUL 06 TOMA (PRÉCISEZ)														
ÉQUIPE	CHEF D'EQUIPE		SUPERVISEUR CAPI											
<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> NUMÉRO			NOM _____ <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> NUMÉRO					NOM _____ <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> NUMÉRO						

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle _____ . Je travaille pour l'Institut National de la Statistique. Nous effectuons une enquête nationale sur le paludisme en Guinée. Les informations que nous collectons aideront le Gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Nous voudrions vous poser quelques questions. Les questions prennent entre 10 et 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez resteront 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. 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 à me poser ?
 Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : _____ DATE _____



N°	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 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, collège, Lycée, Ecole professionnelle/Technique ou supérieur?	PRIMAIRE 1 COLLEGE (SECONDAIRE1) 2 LYCEE (SECONDAIRE2) 3 PROF./TECHNIQUE (TYPE A) 4 SUPÉRIEUR 5 PROF./TECHNIQUE (TYPE B) 6	
106	Quelle est [LA CLASSE/L'ANNÉE] la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	SUPERIEUR [ANNÉE/CLASSE] <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	VÉRIFIEZ 105 : PRIMAIRE (CODE 1) OU SECONDAIRE (CODE 2, 3 OU 4) <input type="checkbox"/>	SUPÉRIEUR (CODE 5 OU 6) <input type="checkbox"/>	→ 110
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 VU 5	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
109	VÉRIFIEZ 108 : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> CODE '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 111
110	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PAS DU TOUT 3	
111	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PAS DU TOUT 3	
112	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PAS DU TOUT 3	
113	Avez-vous un téléphone portable ?	OUI 1 NON 2	→ 115
114	Est-ce que votre téléphone portable est un smart phone ?	OUI 1 NON 2	
115	Avez-vous déjà utilisé l'internet à n'importe quel endroit sur n'importe quel appareil ?	OUI 1 NON 2	→ 118
116	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé l'internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL.	OUI 1 NON 2	→ 118
117	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé l'internet : presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
118	Quelle est votre religion ?	MUSULMAN 01 CHRETIEN 02 ANIMISTE 03 SANS RELIGION 04 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
119	Quelle est votre ethnie ?	SOUSSOU 01 PEUL 02 MALINKE 03 KISSI 04 TOMA 05 GUERZE 06 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	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 des 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 décédées ? 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 OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>		→ 224								
211	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos naissances plus récentes. Combien de ces naissances avez-vous eues en 2016-2021? INSCRIVEZ LE TOTAL NOMBRE DE NAISSANCES ENTRE 2016-2021.	TOTAL EN 2016-2021 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AUCUNE 00			→ 224						

SECTION 2. REPRODUCTION

212 Je voudrais maintenant enregistrer les noms de toutes les naissances que vous avez eues en 2016-2021, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la naissance la plus récente. INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES EN 2016-2021 À 213. INSCRIVEZ LES JUMEUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 5 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE.								
213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (dernier/précédent) enfant ? INSCRIVEZ LE NOM. No DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	(NOM) est-il une naissance simple ou multiple ?	Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ? JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(NOM) est-il/elle encore en vie ? OUI 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	218 SI EN VIE: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE. ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	219 SI EN VIE: (NOM) vit-il/elle avec vous ? OUI 1 NON 2	220 SI EN VIE: INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE. NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	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 ? OUI 1 (AJOUT NAIS.) ↙ NON 2 (NAIS SUIV.) ↙
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO 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"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	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.) ↙
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	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.) ↙
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	YES 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	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.) ↙
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	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

N°	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 NAISSANCE(S) DANS TABLEAU) ← NON 2	□
223	COMPAREZ 211 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES NOMBRES SONT ÉGAUX □ ↓	NOMBRES SONT DIFFÉRENTS □ (INSISTEZ ET CORRIGEZ) ←	
224	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	□ → 301
225	De combien de semaines ou de mois êtes-vous enceinte ? INSCRIRE LE NOMBRE DE SEMAINES OU DE MOIS RÉVOLUS.	SEMAINE 1 □ □ MOIS 2 □ □	

SECTION 3. GROSSESSE ET TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
301	VÉRIFIEZ 216 : UNE NAISSANCE OU PLUS DE <input type="checkbox"/> 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ↓	AUCUNE DE NAISSANCES <input type="checkbox"/> 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE →	401
302	NOTEZ LE NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE DE 213, LIGNE 01 :	DERNIÈRE NAISSANCE : NOM: _____	
303	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre dernière naissance. Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 308
304	Qui avez-vous vu ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME B AGENT TECHNIQUE DE SANTE (ATS) ... C AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE D AGENT SANTÉ COMMUNAUTAIRE E RELAIS COMMUNAUTAIRE F AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
305	Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette grossesse ? Pas d'autre endroit ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG , ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	MAISON SA MAISON A AUTRE MAISON B SECTEUR PUBLIC HÔPITAL PUBLIC / CENTRE MEDICAL COMMUNAL (CMC... C CENTRE DE SANTE D POSTE DE SANTE E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL /CLINIQUE PRIVÉ G AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ H (PRÉCISEZ) AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	

SECTION 3. GROSSESSE ET TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT

N°	NOM DE L'ENFANT	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	
306	De combien de semaines ou de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu vos premiers soins prénatals pour cette grossesse ? MONTREZ LA BOITE OU LA PLAQUETTE DE SP	SEMAINES 1 MOIS 2 NE SAIT PAS998	
307	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals ?	NOMBRE DE FOIS NE SAIT PAS 98	
308	Durant cette grossesse, avez-vous pris de la SP ou Fansidar pour éviter le paludisme ? C'est-à-dire 3 comprimés que l'on prend en prise unique pour éviter le paludisme	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 401
309	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP ou Fansidar ?	NOMBRE DE FOIS	
310	Vous a-t-on donné la SP ou le 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 ÉTABLIS. DE SANTI 2 AILLEURS 6	
310A	Avez vous pris la SP ou Fansidar devant l' agent de santé, à la maison ou ailleurs?	DEVANT UN AGENT DE SANTE 1 A LA MAISON 2 AILLEURS 3	

SECTION 4. FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
401	<p>VÉRIFIEZ 216 ET 217 DANS L'HISTORIQUE DES GROSSESSES : Y A-T-IL UN ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ?</p> <p align="center"> UN ENFANT SURVIVANT OU PLUS NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> </p>	<p align="center"> PAS D'ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> </p>	→ 501
402	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant séparément, en commençant par le plus jeune).		
403	<p>ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 213 DE L'ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE, EN COMMENÇANT PAR LE DERNIER.</p> <p>NOM DE L'ENFANT _____ NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANC... <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
404	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 416
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 NE SAIT PAS 8	
406	Est-ce qu'un prestataire de santé vous a dit que (NOM) avait le paludisme ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
407	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI 1 NON 2	→ 412

SECTION 4. FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS

N°	NOM DE L'ENFANT _____	NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANC... <input type="text"/>	
408	<p>Où êtes-vous allé pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC/</p> <p>CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ B</p> <p>POSTE DE SANTÉ C</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE..... D</p> <p>RELAIS COMMUNAUTAIRE E</p> <p>AUTRE SECTEUR SU PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIVE G</p> <p>PHARMACIE H</p> <p>MEDECIN PRIVE CABINET PRIVE DE SOINS I</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ J (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ K</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL L</p> <p>AMI/PARENT M</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	
409	<p>VÉRIFIEZ 408 :</p> <p>DEUX CODES OU PLUS ENCERCLÉS <input type="checkbox"/></p>	<p>SEULEMENT UN CODE ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 411</p>
410	<p>Où êtes-vous allé en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 408.</p>	<p>PREMIER ENDROIT <input type="text"/></p>	
411	<p>Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.</p>	<p>JOURS <input type="text"/></p>	
412	<p>À n'importe quel moment pendant la maladie, est-ce que (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 416</p>

SECTION 4. FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS

N°	NOM DE L'ENFANT _____	NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANC... <input type="text"/> <input type="text"/>
413	Quel médicament (NOM) a-t-il pris ? Pas d'autre médicament ? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE OU L'ORDONNANCE.	ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D QUININE COMPRIMÉS E INJECTION/IV F ARTESUNATE VOIE RECTALE G INJECTION/IV H ARTEMETHER INJECTABLE I AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ J (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES AMOXICILLIN K COTRIMOXAZOLE L AUTRE COMPRIMÉ/SIROP M AUTRE INJECTION/IV N AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE O ACÉTAMINOPHÈN P PARACÉTAMOL/PANADOL Q IBUPROFÈNE R AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z
414	VÉRIFIEZ 413: COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE ('A') DONNÉE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> → 416 </div>	
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 LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE... 3 NE SAIT PAS 8
416	VÉRIFIEZ 216 ET 217 DANS HISTORIQUE DES NAISSANCES : Y A-T-IL UN ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ? <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> PAS D'AUTRES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> D'AUTRES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> → 403 </div>	

SECTION 5. CONNAISSANCE ET CROYANCES

N0.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
501	Au cours des six derniers mois, avez-vous vu ou entendu des messages sur le paludisme ?	OUI 1 NON 2	→ 503
502	Où avez-vous vu ou entendu ces messages ? Quelque part d'autre ?	RADIO A TÉLÉVISION B POSTER/PANNEAU D’AFFICHAGE C JOURNAL/MAGAZINE D DÉPLIANT/BROCHURE E PRESTATAIRE DE SANTÉ F AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE / RELAI COMMUNAUTAIRE G INTERNET/MEDIA SOCIAL H LEADERS RELIGIEUX I QUELQUE PART D’AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SE SOUVIENT PAS Z	
503	Est-ce qu'il existe des moyens d'éviter de contracter le paludisme ?	OUI 1 NON 2	→ 505
504	Quelles sont les choses que les gens peuvent faire pour éviter de contracter le paludisme ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DORMIR SOUS UNE MOUSTIQUAIRE A DORMIR SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE D’INSECTICIDE B UTILISER DES PRODUITS RÉPULSIFS CONTRE LES MOUSTIQU C PRENDRE DES MÉDICAMENTS PRÉVENTI D ASPERGER LA MAISON D’INSECTICIDE E RECOUVRIR LES EAUX STAGNANTES (FLAQUES D’EAU) F GARDER LES ALENTOURS PROPRES G METTRE GRILAGE/TREILLIS METALLIQUE/ PLASTIQUE SUR FENÊTRES H AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	
505	Maintenant, je vais vous lire des déclarations et je voudrais que vous disiez si vous êtes d'accord ou pas d'accord sur une série de déclarations. Si vous ne savez pas, répondez, je ne sais pas. Dans cette communauté, les gens ont du paludisme seulement pendant la saison des pluies. Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D’ACCORD 1 PAS D’ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
506	Quand un enfant a de la fièvre, vous vous inquiétez toujours en pensant que c'est peut-être le paludisme. Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D’/ SUPERIE! 1 PAS D’ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
507	Avoir le paludisme n'est pas un problème car on peut le traiter facilement Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D’ACCORD 1 PAS D’ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
508	Seuls les enfants affaiblis peuvent décéder du paludisme Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D’ACCORD 1 PAS D’ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	

SECTION 5. CONNAISSANCE ET CROYANCES

N0.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À				
509	<p>Vous pouvez dormir sous une moustiquaire pendant la nuit entière quand il y a beaucoup de moustiques</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	<p>D'ACCORD 1</p> <p>PAS D'ACCORD 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>					
510	<p>Vous pouvez dormir sous une moustiquaire pendant la nuit entière quand il y a peu de moustiques</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	<p>D'ACCORD 1</p> <p>PAS D'ACCORD 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>					
511	<p>Vous n'aimez pas dormir sous une moustiquaire quand le temps est trop chaud</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	<p>D'ACCORD 1</p> <p>PAS D'ACCORD 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>					
512	<p>Quand un enfant a de la fièvre, il vaut mieux commencer par lui donner des médicaments que vous avez à la maison</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	<p>D'ACCORD 1</p> <p>PAS D'ACCORD 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>					
513	<p>Dans votre communauté, les gens amènent leur enfant consulter un prestataire de santé le jour même ou le jour suivant l'apparition de la fièvre</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	<p>D'ACCORD 1</p> <p>PAS D'ACCORD 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>					
514	<p>Dans votre communauté, les gens qui ont une moustiquaire dorment habituellement sous la moustiquaire chaque nuit</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	<p>D'ACCORD 1</p> <p>PAS D'ACCORD 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>					
514A	<p>Dans votre communauté, les gens font l'assainissement de leur environnement de manière régulière</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	<p>D'ACCORD 1</p> <p>PAS D'ACCORD 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>					
515	ENREGISTREZ L'HEURE.	<p>HEURES <table border="1" data-bbox="1198 1241 1328 1283"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>MINUTES <table border="1" data-bbox="1198 1293 1328 1335"><tr><td></td><td></td></tr></table></p>					

