

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME  
QUESTIONNAIRE STANDARD BIOMARQUEUR

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: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													
NUMÉRO DU MÉNAGE .....			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													
REGION ADMINISTRATIVE .....																
REGION NATURELLE .....																
NUMÉRO DISTRICT SANITAIRE .....			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>													
MILIEU DE RESIDENCE (1= VILLE DE CONAKRY, 2=AUTRE VILLE, 3=RURAL .....																
VISITES D'ENQUÊTEURS/ENQUÊTRICE																
	1	2	3	VISITE FINALE												
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>												
NOM DE L'ENQUÊTEUR/ ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>												
	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="width: 80px; height: 20px; float: right;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table>	2	0	2	1								
2	0	2	1													
PROCHAIN DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td></tr> </table>												
HEURE	_____	_____														
NOTES: _____ _____ _____ _____ _____				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>												
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> </table>	0	1	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2)	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>			
0	1															
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<b>FRANÇAIS</b>			**CODES LANGUES :												
		01 FRANÇAIS	04 MALINKE	07 KPELE												
		02 SOUSSOU	05 KISSI	08 AUTRE												
		03 PEUL	07 TOMA	(PRÉCISEZ)												
EQUIPE	CHEF D'ÉQUIPE		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						

**TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS**

101	VÉRIFIEZ LE RESULTAT CAPI DE LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" [COLONNE 9 DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE]. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES AGÉS DE 0-5 ANS À LA QUESTION 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES À PARTIR DU PREMIER INSCRIT. SI PLUS DE TROIS ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE (S) SUPPLÉMENTAIRE (S).		
			ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RESULTAT CAPI ET LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE L'ENFANT.  [ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE; ENREGISTREZ LE NOM DE LA COLONNE 2 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE.]	NUMÉRO DE LIGNE . <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS, ET ANNEE) À PARTIR DE L' HISTORIQUE DES NAISSANCES  SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	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"/>	
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) au dernier anniversaire de (NOM)?  COMPARER ET CORRIGER 103 ET/OU 104 SI INCOHERENT .	ÂGE EN ANNÉES REVOLUES..... <input type="text"/>	
105	VÉRIFIEZ 104: L'ENFANT A 0-4 ANS?      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 129
106	VÉRIFIEZ 103:L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS OU LUS ÂGÉ ? <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/>		→ 129
107	NUMÉRO DE LIGNE ET NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 ET 2 DU TABLEAU MÉNAGE).  INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	NUMÉRO DE LIGNE . <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	
108	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour le paludisme et l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. [Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués.] Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.</p>		
109	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 PAS PRESENT/AUTR..... 3	→ 112
110	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO [DE L'AGENT DE TERRAIN]	_____ (SIGNEZ)  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMERO [AGENT DE	

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

			ALLEZ À																											
111	SI LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU, PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS.																													
112	COLLEZ LA 1 <sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DU PALUDISME AU LABORATOIRE DANS L'ESPACE À DROITE. COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">                 COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI             </div> PAS PRESEN . . . . . 99994 REFUS . . . . . 99995 AUTRE . . . . . 99996																												
113	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS [LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME].	G/DL . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PAS PRESEN . . . . . 994 REFUS . . . . . 995 AUTRE . . . . . 996																												
114	ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS [LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME].	POSITIF . . . . . 1 NÉGATIF . . . . . 2 PAS PRESEN . . . . . 4 REFUS . . . . . 5 AUTRE . . . . . 6	→ 126 → 128 → 126																											
115	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants : a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Problèmes cardiaques? c) Perte de conscience? d) Insuffisance respiratoire sévère? e) Convulsions? f) Saignements anormaux? g) Ictère/jaunisse (avec coloration des yeux)? h) Urine noire ou brune?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="right">OUI</td> <td align="right">NON</td> </tr> <tr> <td>a) PROSTRATION . . . . .</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLÈMES   CARDIAQUES . . . . .</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>c) PERTE CONSCIENC I</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>d) INSUFFISANCE   RESPIRATOIRE . . . . .</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS . . . . .</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS . . . . .</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>g) ICTÈRE/JAUNISSE . . . . .</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE NOIRE/BRL . . . . .</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	a) PROSTRATION . . . . .	1	2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES . . . . .	1	2	c) PERTE CONSCIENC I	1	2	d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE . . . . .	1	2	e) CONVULSIONS . . . . .	1	2	f) SAIGNEMENTS . . . . .	1	2	g) ICTÈRE/JAUNISSE . . . . .	1	2	h) URINE NOIRE/BRL . . . . .	1	2	
	OUI	NON																												
a) PROSTRATION . . . . .	1	2																												
b) PROBLÈMES CARDIAQUES . . . . .	1	2																												
c) PERTE CONSCIENC I	1	2																												
d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE . . . . .	1	2																												
e) CONVULSIONS . . . . .	1	2																												
f) SAIGNEMENTS . . . . .	1	2																												
g) ICTÈRE/JAUNISSE . . . . .	1	2																												
h) URINE NOIRE/BRL . . . . .	1	2																												
116	VÉRIFIEZ 115: Y A-T-IL UN 'OUI'                      NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>		→ 118																											
117	VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	INFÉRIEUR A 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE . . . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . . . 2 AUTRE . . . . . 6	→ 119																											
118	<b><u>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u></b> Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.		→ 126																											
119	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il du CTA donné par un agent de santé ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 121																											
120	<b><u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE L'ACT.</u></b> Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu du CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner le CTA supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose du CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis.		→ 128																											

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

			ALLEZ À						
121	LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.  Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. Le CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.								
122	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . . . . 1 MÉDICAMENT REFUSÉ . . . . . 2 AUTRE . . . . . 6	→ 128						
123	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO [DE L'AGENT DE TERRAIN]	_____ (SIGNEZ)  [ ][ ][ ][ ] NUMERO [AGENT DE TERRAIN]							
124	VÉRIFIEZ 122: MÉDICAMENT ACCEPTÉ    OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 128						
125	<b>INSTRUCTION POUR LE DOSAGE</b> <b>ARTHEMETHER ALUFANTRINE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Age et poids (en kg)</th> <th>Nombre de comprimés d'Artéméther-luméfántrine (ALU)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 mois à 3 ans (4-14 kg)</td> <td>1 comprimés d'Alu deux fois par jour pendant 3 jours</td> </tr> <tr> <td>4 - 5 ans (15&lt;24kg)</td> <td>2 comprimés d'Alu deux fois par jour pendant 3 jours</td> </tr> </tbody> </table> LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT: Mettez le comprimé dans un peu d'eau, mélangez bien l'eau et le comprimé, et donnez-le à l'enfant avec des aliments gras ou des boissons comme du lait ou du lait maternel. Assurez-vous que le traitement COMPLET de 3 jours est pris aux heures recommandées, sinon l'infection pourrait réapparaître.  DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou têter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.	Age et poids (en kg)	Nombre de comprimés d'Artéméther-luméfántrine (ALU)	6 mois à 3 ans (4-14 kg)	1 comprimés d'Alu deux fois par jour pendant 3 jours	4 - 5 ans (15<24kg)	2 comprimés d'Alu deux fois par jour pendant 3 jours		→ 128
Age et poids (en kg)	Nombre de comprimés d'Artéméther-luméfántrine (ALU)								
6 mois à 3 ans (4-14 kg)	1 comprimés d'Alu deux fois par jour pendant 3 jours								
4 - 5 ans (15<24kg)	2 comprimés d'Alu deux fois par jour pendant 3 jours								
126	VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	INFÉRIEUR A 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE . . . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . . . 2 AUTRE . . . . . 6	→ 128						
127	<b>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</b> Le test d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est très malade et doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE								
128	DATE DU JOUR :	JOUR . . . . . [ ][ ] MOIS . . . . . [ ][ ] ANNÉE . . . . . [ ][ ][ ][ ]							
129	SI UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 ET RECOMMENCEZ ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.								





## ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME

EIP-Guinée 2020

## QUESTIONNAIRE DE L'AGENT DE TERRAIN

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

LANGUE DU  
QUESTIONNAIRE **FRANÇAIS**

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
100	Quel est votre nom ?	NOM _____	
101	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT DE TERRAIN	NUMÉRO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

## INSTRUCTIONS

Dans le cadre de l'EIP20 2020, nous collectons des informations sur tous les agents de terrain. Veuillez répondre aux questions ci-dessous. Les informations que vous fournirez feront partie du fichier de données de l'enquête ; cependant, votre nom sera supprimé et ne fera pas partie du fichier de données. Merci de fournir les informations nécessaires.

102	Dans quelle RÉGION vivez-vous ?	BOKE ..... 01 CONAKRY ..... 02 FARANAH ..... 03 KINDA ..... 04 LABE ..... 05 MANOU ..... 06 N'ZEREKORE ..... 07	
103	Vivez-vous dans une ville, une petite ville ou en zone rurale ?	VILLE ..... 1 PETITE VILLE ..... 2 ZONE RURALE ..... 3	
104	Quel âge avez-vous ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
105	Êtes-vous un homme ou une femme ?	HOMME ..... 1 FEMME ..... 2	
106	Quel est votre état matrimonial actuel ?	ACTUELLEMENT MARIÉ ..... 1 VIT AVEC UN HOMME/UNE FEMME ..... 2 VEUF/VEUVE ..... 3 DIVORCÉ ..... 4 SÉPARÉ ..... 5 JAMAIS MARIÉ OU N'A JAMAIS VÉCU AVEC HOMME/FEMME ..... 6	
107	Combien d'enfants vivants avez-vous ? INCLURE SEULEMENT VOS ENFANTS	ENFANTS VIVANTS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
108	Avez-vous eu un enfant qui est décédé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
109	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2ème cycle ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE1 (COLLEGE) ..... 2 SECONDAIRE2 (LYCEE) ..... 3 SECONDAIRE SEPECIAL (PROF A) ..... 4 SUPERIEUR ..... 5 SUPERIEUR SPECIAL (PROF. B) ..... 6	
110	Quelle est la [CLASSE/ANNÉE] la plus élevée que vous avez atteint à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[CLASSE/ANNÉE] ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

\* CODES POUR Q. 110

## CODES POUR Qs. 17 ET 19 : NIVEAU D'INSTRUCTION ET NOMBRE D'ANNÉE ACHEVÉE

NIVEAU PRIMAIRE=1	SECONDAIRE 1 (COLLEGE)=2	SECONDAIRE 2 (LYCÉE)=3	SECONDAIRE SPÉCIAL (PROF. A)=4	SUPERIEUR =5	SUPERIEUR SPÉCIAL (PROF. B)=6
CLAS: 1ère ANNÉE=01 2ème ANNÉE=02 3ème ANNÉE=03 4ème ANNÉE=04 5ème ANNÉE=05 6ème ANNÉE=06	7ème ANNÉE=01 8ème ANNÉE=02 9ème ANNÉE=03 10ème ANNÉE=04	11ème ANNÉE=01 12ème ANNÉE=02 13ème ANNÉE (TERMINALE)=03	PROFES. A1 (1ère ANNÉE)=01 PROFES. A2 (2ème ANNÉE)=02 PROFES. A3 (3ème ANNÉE)=03	1ère année=01 2ème année=02 3ème année=03 4ème année=04 5ème année=05 6ème année	PROFES. B1 (1ère ANNÉE)=01 PROFES. B2 (2ème ANNÉE)=02 PROFES. B3 (3ème ANNÉE)=03
MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE = 00			NIVEAU OU CLASSE NE SAIT PAS (NSP)=98		

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
111	Quelle est votre religion ?	TRADITIONNELLE/ANIMISTE ..... 01 MUSULMAN ..... 02 CHRETIENNE ..... 03 ANIMISTE ..... 04  PAS DE RELIGION ..... 95 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
112	Quelle est votre ethnie ?	SOUSSOU ..... 01 PEULH ..... 02 MALINKE ..... 03 KISSI ..... 04 TOMA ..... 05  AUTRE GUINEE ..... 95 (PRÉCISEZ)  ÉTRANGER ..... 96 (PRÉCISEZ)	
113	Quelle langues parlez-vous ?  INSCRIVEZ TOUTES LES LANGUES QUE VOUS PARLEZ.	FRANÇAIS ..... A SOUSSOU ..... B PEULH ..... C MALINKE ..... D KISSI ..... E TOMA ..... F  AUTRE NATIONALE ..... X (PRÉCISEZ)  AUTRE ÉTRANGÈRE ..... Z (PRÉCISEZ)	
114	Quelle est votre langue maternelle/natale (langue parlée à la maison quand vous étiez jeune) ?	FRANÇAIS ..... 01 SOUSSOU ..... 02 PEULH ..... 03 MALINKE ..... 04 KISSI ..... 05 TOMA ..... 06  AUTRE NATIONALE ..... 95 (PRÉCISEZ)  AUTRE ÉTRANGÈRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
115	Avez-vous déjà travaillé sur une enquête EDS/EIP avant celle-ci ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
116	Avez-vous déjà travaillé sur une autre enquête avant celle-ci (pas une EDS ou une EIP) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
117	Est-ce que vous travailliez déjà pour INS au moment où vous étiez employé pour travailler sur cette EIP ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 119
118	Êtes-vous un employé permanent ou temporaire de l'INS ?	PERMANENT ..... 1 TEMPORAIRE ..... 2	
119	Si vous avez des commentaires, s'il vous plait, écrivez-les ici.		