

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: | | | | | | | □ | □ | □ |
| NUMÉRO DU MÉNAGE | | | | | | | □ | □ | □ |
| REGION ADMINISTRATIVE | | | | | | | | | |
| REGION NATURELLE | | | | | | | | | |
| NUMÉRO DISTRICT SANITAIRE | | | | | | | □ | □ | |
| MILIEU DE RESIDENCE (1= VILLE DE CONAKRY, 2=AUTRE VILLE, 3=RURAL) | | | | | | | | | □ |
| VISITES D'ENQUÊTEURS/ENQUÊTRICE | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | VISITE FINALE | | | | | |
| DATE | □ | □ | □ | JOUR | | □ | □ | | |
| NOM DE L'ENQUÊTEUR/ ENQUÊTRICE | □ | □ | □ | MOIS | | □ | □ | | |
| | □ | □ | □ | ANNÉE | | 2 | 0 | 2 | 1 |
| PROCHAINE DATE VISITE | □ | □ | | NOMBRE TOTAL DE VISITES | | | | □ | |
| HEURE | | | | □ | □ | | | | |
| NOTES: | | | | | | TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES | | | |
| _____ _____ _____ _____ _____ | | | | | | □ □ | | | |
| LANGUE DU QUESTIONNAIRE** | | 0 | 1 | LANGUE DE L'INTERVIEW** | | □ | □ | LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ** | |
| | | □ | □ | | | □ | □ | TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) | |
| LANGUE DU QUESTIONNAIRE** | | FRANÇAIS | | | **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 | | | | |
| □ □ | □ □ □ □ | | | □ □ □ □ | | | | | |
| NUMERO | NOM | | | NUMERO | | | NOM | | |
| | | | | | | | | | |

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 . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> 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..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 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..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 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 . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> 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) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 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 ^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DU PALUDISME AU LABORATOIRE DANS L'ESPACE À DROITE. COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3 ^e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION. | <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^{re} 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 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PROSTRATION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLÈMES CARDIAQUES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) PERTE CONSCIENCIE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) ICTÈRE/JAUNISSE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE NOIRE/BRL</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | a) PROSTRATION | 1 | 2 | b) PROBLÈMES CARDIAQUES | 1 | 2 | c) PERTE CONSCIENCIE | 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 CONSCIENCIE | 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 | INFERIEUR A 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 AUTRE 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 118 | <u>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u> 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 120 | <u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE L'ACT.</u> 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] | <div style="text-align: center;"> _____ (SIGNEZ) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMERO [AGENT DE TERRAIN] </div> | | | | | | | |
| 124 | VÉRIFIEZ 122: MÉDICAMENT ACCEPTÉ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | | → 128 | | | | | | |
| 125 | INSTRUCTION POUR LE DOSAGE ARTHEMETHER ALUFANTRINE <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Age et poids (en kg)</th> <th style="text-align: left;">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<24kg)</td> <td>2 comprimés d'Alu deux fois par jour pendant 3 jours</td> </tr> </tbody> </table> <p>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.</p> <p>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 téter, 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.</p> | | 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, ANÉMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 AUTRE 6 | → 128 | | | | | | |
| 127 | DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE. 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 <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> MOIS <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> ANNÉE <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> | | | | | | | |
| 129 | SI UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 ET RECOMMENCEZ ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW. | | | | | | | | |

À REMPLIR, UNE FOIS L'ENQUÊTE SUR LES BIOMARQUEURS TERMINÉE

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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 SUPÉRIEUR 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. | | |