

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME
 QUESTIONNAIRE STANDARD FEMME

SENEGAL
 AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DU DEVELOPPEMENT

IDENTIFICATION (1)														
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 DE MÉNAGE				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____														
VISITES D'ENQUÊTRICES														
	1	2	3	VISITE FINALE										
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										
				MOIS <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	ANNÉE N° ENQUÊTÉE <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT* <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										
HEURE	_____	_____												
*CODES RÉSULTAT : 1 REMPLI 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ 7 AUTRE _____ PRÉCISEZ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ														
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;">0</table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;">2</table>	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>									
				INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2)	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>									
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	FRANÇAIS		**CODES LANGUES :											
			01 ENGLISH	03 WOLOF	05 LANGUAGE 5									
			02 FRANÇAIS	04 LANGUAGE 4	06 LANGUAGE 6									
ÉQUIPE	CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLEUR CAPI (2)											
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> NUMÉRO			_____ NOM	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> NUMÉRO					_____ NOM	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> NUMÉRO				

(1) Cette section doit être adaptée selon le plan de l'enquête spécifique au pays.
 (2) Supprimer la section pour enregistrer le nom et le numéro d'identification du contrôleur CAPI s'il n'y a pas, dans l'enquête, un chef d'équipe qui s'occupe, en particulier, de CAPI.
 Note: Les crochets [] indiquent les éléments qui doivent être adaptés sur la base de chaque pays.

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle _____ . Je travaille pour L'AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DU DEVELOPEMENT (ANSD). Nous effectuons une enquête nationale sur le paludisme au SENEGAL. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 10 et 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre à mes 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 : _____

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

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



SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

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, secondaire ou supérieur ?	ELEMENTAI 1 MOYEN 2 SECONDAIRE 3 SUPÉRIEUR 4 AUTRE 6 PRECISER	
106	Quelle est [L'ANNÉE/CLASSE] la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[ANNÉE/CLASSE] <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	VÉRIFIEZ 105 : PRIMAIRE, MOYEN OU <input type="checkbox"/> SECONDAIRE ↓	SUPÉRIEUR <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 SOUHAITÉE PAR L'ENQUÊTÉE 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 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 depuis n'importe quel endroit ou 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 CHRETIENN 02 ANIMISTE 03 SANS RELIGION AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
119	Quelle est votre ethnie ?	WOLOF 01 POULAR 02 SERER 03 MANDINGUI 04 DIOLA 05 SONINKE 06 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	

(3) Chaque carte devra comporter 4 phrases simples appropriées au pays (ex : "les parents aiment leurs enfants.", "Travailler la terre est un dur travail.", "L'enfant lit un livre.", "Les enfants travaillent dur à l'école."). Les cartes doivent être préparées dans toutes les langues dans lesquelles les enquêtées ont pu être alphabétisées.

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	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 <input type="checkbox"/> OU PLUS ↓ AUCUNE <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 2015-2020 ?	TOTAL EN 2015-2020 <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 2015-2020, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la naissance la plus récente. INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES EN 2015-2020 À 213. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/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) 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) ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
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 (ALLER À	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 (ALLER À Q.221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. ↓ NAIS.) NON 2 (NAIS ↓ SUIV.)
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"/>	OUI 1 NON 2 (ALLER À	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 (ALLER À Q.221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. ↓ NAIS.) NON 2 (NAIS ↓ SUIV.)

SECTION 2. REPRODUCTION

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 (ENREGISTREZ NAISSANCE(S) DANS TABLEAU) NON 2	←
223	COMPAREZ 211 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> ↓ NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (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 ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE SEMAINES OU DE MOIS RÉVOLUS.	SEMAINE 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 3. GROSSESSE ET TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
301	VÉRIFIEZ 216 ET 218: UNE NAISSANCE OU PLUS DANS LA PÉRIODE 0-35 MOIS <input type="checkbox"/> AVANT L'ENQUÊTE ↓	AUCUNE NAISSANCE DANS <input type="checkbox"/> LA PÉRIODE 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 grossesse qui a abouti à une naissance vivante. Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals pendant cette	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 SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE/ICI C AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE D MATRONE E 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 MÉDICAL PUBLIC <u>PUBLIC CIVILE</u> HOPITAL C CENTRE DE SANTÉ D POSTE DE SANTÉ E CASE DE SANTÉ F DISPENSATEUR DE SOINS A DOMICILE (DSDOM)/AGENT COMMUNAUT. ... G <u>PUBLIC MILITAIRE</u> HOPITAL H CENTRE DE SANTÉ I POSTE DE SANTÉ J CASE DE SANTÉ K DISPENSATEUR DE SOINS A DOMICILE (DSDOM)/AGENT COMMUNAUT. ... L <u>PUBLIC PARAMILITAIRE</u> CENTRE DE SANTÉ M POSTE DE SANTÉ N AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ O (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ <u>PRIVE CONFESIONNEL</u> HOPITAL P POSTE DE SANTE Q <u>PRIVE NON CONFESIONNEL</u> CLINIQUE R CABINET MEDICAL S CABINET PARAMEDICAL T <u>PRIVE ONG</u> HÔPITAL ONG U CLINIQUE ONG V AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ W (PRÉCISEZ) AUTRE ENDROIT PRATICIEN TRADITIONNEL X AUTRE _____ Y (PRÉCISEZ)	

SECTION 3. GROSSESSE ET TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
306	De combien de semaines ou de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu vos premiers soins prénatals pour cette grossesse ?	SEMAINES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS998	
307	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
308	Durant cette grossesse, avez-vous pris de la SP/Fansidar 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/Fansidar ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
310	Vous a-t-on donné la SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE TYPE DE VISITE/PAS CPN 2 DISPENSATEUR DE SOINS A DOMICILE (DSDOM)/AGENT COMMUNAUT. 3 AILLEURS 6	

SECTION 4. FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
401	VÉRIFIEZ 216, 217 ET 218 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES : Y A-T-IL UN ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ? UN ENFANT SURVIVANT OU PLUS NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	PAS D'ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	→ 417
402	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de vos enfants nés dans les 5 dernières années. Nous parlerons d'un enfant à la fois, en commençant par le plus jeune.		
403	ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 213 DES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE, EN COMMENÇANT PAR LE DERNIER-NÉ. NOM DE L'ENFANT _____ NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES ... <input type="text"/>		
404	Au cours des 2 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 le sang de (NOM) au doigt ou au 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. 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 MÉDICAL PUBLIC</p> <p><u>PUBLIC CIVILE</u></p> <p>HOPITAL A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ B</p> <p>POSTE DE SANTÉ C</p> <p>CASE DE SANTÉ D</p> <p>DISPENSATEUR DE SOINS A DOMICILE (DSDOM)/AGENT COMMUNAUT. . . E</p> <p><u>PUBLIC MILITAIRE</u></p> <p>HOPITAL F</p> <p>CENTRE DE SANTÉ G</p> <p>POSTE DE SANTÉ H</p> <p>CASE DE SANTÉ I</p> <p>DISPENSATEUR DE SOINS A DOMICILE (DSDOM)/AGENT COMMUNAUT. . . J</p> <p><u>PUBLIC PARAMILITAIRE</u></p> <p>CENTRE DE SANTÉ K</p> <p>POSTE DE SANTÉ L</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ M (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p><u>PRIVE CONFESIONNEL</u></p> <p>HOPITAL N</p> <p>POSTE DE SANTE O</p> <p><u>PRIVE NON CONFESIONNEL</u></p> <p>CLINIQUE P</p> <p>CABINET MEDICAL Q</p> <p>CABINET PARAMEDICAL R</p> <p><u>PRIVE ONG</u></p> <p>HÔPITAL ONG S</p> <p>CLINIQUE ONG T</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ U (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE V</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL W</p> <p>MARCHÉ X</p> <p>VENDEUR ITINÉRANT DE MÉDICAMENT . . Y</p> <p>AUTRE _____ Z (PRÉCISEZ)</p>	
409	<p>VÉRIFIEZ 408 :</p> <p>DEUX CODES OU PLUS ENCERCLÉS <input type="checkbox"/></p>	<p>SEULEMENT UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p>	→ 411
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>	→ 416

SECTION 4. FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS

N°	NOM DE L'ENFANT _____	NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANC... <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 AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ I (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES AMOXICILLIN J COTRIMOXAZOLE K AUTRE COMPRIMÉ/SIROP L AUTRE INJECTION/IV M AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE N PARACÉTAMOL/PANADOL/ ACÉTAMINOPHÈNE O IBUPROFÈNE P AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	
414	VÉRIFIEZ 631: COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE ('A') DONNÉE CODE 'A' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓	CODE 'A' <input type="checkbox"/> NON ENCERCLÉ → 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 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 ? PAS D'AUTRES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> ↓	D'AUTRES ENFANTS SURVIVANT NÉ <input type="checkbox"/> 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE → 403	
417	NOTEZ L'HEURE.	HEURES <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	

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
