

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME
 QUESTIONNAIRE STANDARD MÉNAGE

SENEGAL
 ANGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DU DEVELOPMENT

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 DU MÉNAGE				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				
VISITES D'ENQUÊTEURS								
	1	2	3	VISITE FINALE				
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>				
				MOIS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>				
NOM DE L'ENQUÊTEUR/ ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	ANNÉE N° ENQUÊT <table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"></table>				
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT* <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>				
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>				
HEURE	_____	_____						
*CODES RÉSULTAT :				TOTAL DE PERSONNES DANS LE MÉNAGE <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>				
1 REMPLI				TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>				
2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT À LA MAISON, AU MOMENT DE LA VISITE								
3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE								
4 DIFFÉRÉ								
5 REFUSÉ								
6 LOGEMENT VACANT OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE								
7 LOGEMENT DÉTRUIT								
8 LOGEMENT NON TROUVÉ								
9 AUTRE _____ (PRÉCISEZ)				N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td>0</td></tr></table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td>2</td></tr></table>	0	2	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'ENQUÊTÉ**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	
0								
2								
				INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2) <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	FRANÇAIS		**CODES LANGUES :					
			01 ANGLAIS	03 Wolof				
			02 FRANÇAIS	04 LANGUAGE 4				
				05 LANGUAGE 5				
				06 LANGUAGE 6				
ÉQUIPE	CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLEUR CAPI (2)					
<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>	_____	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>	_____	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>				
NUMÉRO	NOM	NUMÉRO	NOM	NUMÉRO				

Note: Les crochets [] indiquent les éléments qui doivent être adaptés sur la base de chaque pays.

CETTE PAGE EST LAISSÉE BLANCHE INTENTIONNELLEMENT

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

(2)

Bonjour. Je m'appelle _____ . Je travaille pour l'AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE. Nous effectuons une enquête nationale sur le paludisme au SENEGAL. 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 sur votre ménage. Les questions prennent habituellement à peu près 15 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autres que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé 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. Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter les personnes figurant sur cette carte.

DONNEZ LA CARTE AVEC LES INFORMATIONS POUR CONTACTER CES PERSONNES

Avez-vous des questions à me poser ?
Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR _____ DATE _____

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE
D'ÊTRE INTERVIEWÉ .. 1

L'ENQUÊTÉ REFUSE
D'ÊTRE INTERVIEWÉ .. 2 → FIN



100	NOTEZ L'HEURE.	HEURES	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
		MINUTES	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				

TABLEAU MÉNAGE

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉLIGIBILITÉ	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	S'il vous plait, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage. APRÈS AVOIR POSÉ LES QUESTIONS 2-7 POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ? VOIR CODES CI-DESSOUS.	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ? SI 95 OU PLUS, NOTEZ '95'.	ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS
01		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <input type="text"/>	01	01
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	02	02
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	03	03
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	04	04
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	05	05
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	06	06
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	07	07
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	08	08
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	09	09
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	10	10

2A) Juste pour être sûr que j'ai une liste complète : y a-t-il d'autres personnes comme des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas listés ?

OUI → AJOUTEZ AU TABLEAU NON

2B) Y a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille, comme des domestiques, locataires ou amis qui vivent habituellement ici ?

OUI → AJOUTEZ AU TABLEAU NON

2C) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listés ?

OUI → AJOUTEZ AU TABLEAU NON

CODES POUR Q. 3: LIEN DE PARENTÉ AVEC CHEF DE MÉNAGE

01 = CHEF DE MÉNAGE 07 = BEAU-PARENT
 02 = FEMME OU MARI 08 = FRÈRE OU SOEUR
 03 = FILS OU FILLE 09 = AUTRE LIEN DE PARENTÉ
 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE 10 = ADOPTÉ /EN GARDE/ ENFANT DE LA FEMME/MARI
 05 = PETIT FILS/FILLE 11 = SANS PARENTÉ
 06 = PÈRE/MÈRE 12= CO-ÉPOUSE
 98 = NE SAIT PAS

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	<p>EAU DU ROBINET</p> ROBINET DANS LOGEMENT 11 ROBINET DANS COUR/PARCELLE 12 ROBINET CHEZ UN VOISIN 13 ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE 14	→ 105
		PUIITS À POMPE OU FORAGE 21 <p>PUIITS CREUSÉ</p> PUIITS PROTÉGÉ 31 PUIITS NON PROTÉGÉ 32	
		<p>EAU DE SOURCE</p> SOURCE PROTÉGÉE 41 SOURCE NON PROTÉGÉE 42	→ 103
		EAU DE PLUIE 51 CAMION CITERNE 61 CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/ TONNEAU 71 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/BARRAGE/LAC/ MARE/FLEUVE/CANAL/ CANAL D'IRRIGATION) 81 EAU EN BOUTEILLE 91	
		AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 103
102	D'où provient principalement l'eau utilisée par votre ménage pour d'autres usages comme faire la cuisine et se laver les mains ?	<p>EAU DU ROBINET</p> ROBINET DANS LOGEMENT 11 ROBINET DANS COUR/PARCELLE 12 ROBINET CHEZ UN VOISIN 13 ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE 14	→ 105
		PUIITS À POMPE OU FORAGE 21 <p>PUIITS CREUSÉ</p> PUIITS PROTÉGÉ 31 PUIITS NON PROTÉGÉ 32	
		<p>EAU DE SOURCE</p> SOURCE PROTÉGÉE 41 SOURCE NON PROTÉGÉE 42	
		EAU DE PLUIE 51 CAMION CITERNE 61 CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/ TONNEAU 71 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/BARRAGE/LAC/ MARE/FLEUVE/CANAL/ CANAL D'IRRIGATION) 81	
		AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
103	Où est située cette source d'approvisionnement de l'eau ?	DANS VOTRE LOGEMENT 1 DANS VOTRE COUR/PARCELLE 2 AILLEURS 3	→ 105
104	Combien de temps faut-il pour s'y rendre, prendre l'eau et revenir ?	MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À		
105	<p>Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement ?</p> <p>S'IL N'EST PAS POSSIBLE DE DÉTERMINER LE TYPE DE TOILETTES, DEMANDEZ LA PERMISSION DE VOIR L'INSTALLATION.</p>	<p>CHASSE D'EAU/CHASSE MANUELLE CHASSE D'EAU CONNECTÉE À UN SYSTÈME D'ÉGOUT 11 À UNE FOSSE SEPTIQUE 12 À UNE FOSSE D'AISSANCES 13 À QUELQUE CHOSE D'AUTRE 14 À NE SAIT PAS OÙ 15</p> <p>FOSSE D'AISSANCES FOSSE D'AISSANCES AMÉLIORÉE AUTO-AÉRÉE 21 FOSSE D'AISSANCES AVEC DALLE 22 FOSSE D'AISSANCES SANS DALLE TROU OUVERT 23</p> <p>TOILETTES À COMPOSTAGE 31 SEAU/TINETTE 41 TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES 51 PAS DE TOILETTES/NATURE 61</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 109</p>		
106	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?	OUI 1 NON 2	<p>→ 108</p>		
107	En comptant votre propre ménage, combien de ménages utilisent ces toilettes ?	NOMBRE DE MÉNAGES SI MOINS DE 10 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td align="center" style="width: 20px; height: 20px;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 10 MÉNAGES OU PLUS 95 NE SAIT PAS 98	0		
0					
108	Où se trouvent ces toilettes ?	DANS VOTRE LOGEMENT 1 DANS VOTRE COUR/PARCELLE 2 AILLEURS 3			
109	Dans ce ménage, quel type de cuisinière est habituellement utilisée pour la cuisine ?	CUISINIÈRE ÉLECTRIQUE 01 FOUR SOLAIRE 02 CUISINIÈRE À GAZ PROPANE LIQUÉFIÉ (GPL) CUISINIÈRE À GAZ 03 CUISINIÈRE CONNECTÉE AU GAZ NATUREL 04 CUISINIÈRE AU BIOGAZ 05 CUISINIÈRE À COMBUSTIBLE LIQUIDE 06 CUISINIÈRE D'UN FABRICANT À COMBUSTIBLE SOLIDE 07 CUISINIÈRE TRADITIONNELLE À COMBUSTIBLE SOLIDE 08 FOYER À TROIS PIERRES/FOYER OUVERT 09 PAS DE CUISINE DANS LE MÉNAGE 95 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	<p>→ 111</p> <p>→ 111</p>		

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
110	Avec quel type de combustible ou d'énergie fonctionne cette cuisinière ?	ALCOOL/ÉTHANOL 01 ESSENCE/DIESEL 02 PARAFFINE/PÉTROLE 03 CHARBON/LIGNITE 04 CHARBON DE BOIS 05 BOIS 06 PAILLE/BRANCHAGES/HERBES 07 PRODUITS AGRICOLES 08 BOUSE D'ANIMAL/DÉCHETS 09 COMBUSTIBLES BIOMASSE TRANSFORMÉS (PELLETS) OU GRANULÉS DE BOIS 10 ORDURES/PLASTIQUE 11 SCIURE 12 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
111	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
112	Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux, d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?	OUI 1 NON 2	→ 114
113	Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède-t-il ? SI AUCUN, NOTEZ '00'. SI 95 OU PLUS, NOTEZ '95'. SI NE SAIT PAS, NOTEZ '98'. a) Vaches laitières ou taureaux ? b) Autre bétail ? c) Chevaux, ânes ou mulets ? d) Chèvres ? e) Moutons ? f) Poulets ou autre volaille ?	a) VACHES/TAUREAUX <input type="text"/> <input type="text"/> b) AUTRE BÉTAIL <input type="text"/> <input type="text"/> c) CHEVAUX/ÂNES/MULETS <input type="text"/> <input type="text"/> d) CHÈVRES <input type="text"/> <input type="text"/> e) MOUTONS <input type="text"/> <input type="text"/> f) POULETS/AUTRE VOLAILLE <input type="text"/> <input type="text"/>	
114	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?	OUI 1 NON 2	→ 116
115	Combien d'hectares de terres cultivables les membres du ménage possèdent-ils ? SI 95 OU PLUS, ENCERCLEZ '950'.	HECTARES <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 95 HECTARES OU PLUS 950 NE SAIT PAS 998	
116	Dans ce ménage, avez-vous : a) L'électricité ? b) Un poste radio ? c) Une télévision ? d) Un téléphone fixe ? e) Un ordinateur ? f) Un réfrigérateur ? [AJOUTEZ D'AUTRES POSTES. VOIR NOTE 7].	OUI NON a) ÉLECTRICITÉ 1 2 b) RADIO 1 2 c) TÉLÉVISION 1 2 d) TÉLÉPHONE FIXE 1 2 e) ORDINATEUR 1 2 f) RÉFRIGÉRATEUR 1 2	

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
117	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :	OUI NON	
	a) Une montre ?	a) MONTRE 1 2	
	b) Un téléphone portable ?	b) TÉLÉPHONE PORTABLE 1 2	
	c) Une bicyclette ?	c) BICYCLETTE 1 2	
	d) Une motocyclette ou un scooter ?	d) MOTOCYCLETTE/SCOOTER .. 1 2	
	e) Une charrette tirée par un animal ?	e) CHARRETTE AVEC ANIMAL .. 1 2	
	f) Une voiture ou une camionnette ?	f) VOITURE/CAMIONNETTE 1 2	
	g) Un bateau à moteur ?	g) BATEAU À MOTEUR 1 2	
118	Est-ce qu'un membre de ce ménage possède un compte dans une banque ou dans une autre institution financière ?	OUI 1 NON 2	
119	Est-ce qu'un membre de ce ménage utilise un téléphone portable pour effectuer des transactions financières comme envoyer ou recevoir de l'argent, payer des factures, acheter des biens ou services ou recevoir un salaire ?	OUI 1 NON 2	
120	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires ?	OUI 1 NON 2	→ 132
121	Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il ? SI SEPT MOUSTIQUAIRES OU PLUS, NOTEZ '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES <input type="text"/>	

MOUSTIQUAIRES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER TOUTES LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE. OBSERVEZ ET POSEZ LES QUESTIONS À PROPOS DE CHAQUE MOUSTIQUAIRE, UNE PAR UNE.		
122	ATTRIBUEZ À CHAQUE MOUSTIQUAIRE UN NOMBRE SÉQUENTIEL ET INSCRIVEZ LE NOMBRE ICI.	NUMÉRO DE MOUSTIQUAIRE <input type="text"/> <input type="text"/>	
123	CETTE MOUSTIQUAIRE A-T-ELLE ÉTÉ OBSERVÉE ?	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE 2	
124	Cela fait combien de mois que votre ménage a la moustiquaire ? SI MOINS D'UN MOIS, NOTEZ '00'.	IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98	
125	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LA MARQUE/TYPE DE LA MOUSTIQUAIRE. SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE ET SI VOUS NE POUVEZ PAS VOIR LA MOUSTIQUAIRE, MONTREZ À L'ENQUÊTÉ DES PHOTOS DE MARQUES ET DE TYPES COURANTS DE MOUSTIQUAIRE.	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE À LONGUE DURÉE D'ACTION (MIILDA) PERMANET 11 OLYSET-NET 12 DAWA PLUS 13 ICONLIFE 14 INTERCEPTOR 15 AUTRE/NE CONNAÎT PAS LA MARQUE (MIILD) 16 AUTRE TYPE (PAS MIILDA) 96 NE CONNAÎT PAS LE TYPE 98	
126	Avez-vous obtenu la moustiquaire à l'occasion D'UNE CAMPAGNE DE DISTRIBUTION DE MASSE, durant une visite prénatale ou au cours d'une visite pour une vaccination ?	OUI, CAMPAGNE DE DISTRIBUTION DE MASSE 1 OUI, PRÉNATALE 2 STRUCTURE SANITAIRE 3 CANAL ORGANISATION COMMUNAUTAIRE DE BASE (OCB) 4 NON 5	} → 128
127	Où avez-vous obtenu la moustiquaire ?	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DU GO 01 ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRI 02 PHARMACIE 03 BOUTIQUE/MARCH 04 AGENT SANTÉ COMMUN. 05 INSTITUTION RELIGIEUSE 06 ÉCOLE 07 POINT DIST. CAMPAGNE 08 PARENT/VOISIN/AMI 09 OCB/ASSOCIAT 10 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98	
128	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 130 → 131

MOUSTIQUAIRES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																														
129	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ? INSCRIVEZ LE NOM DE LA PERSONNE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DU TABLEAU MÉNAGE.	<table border="0"> <tr> <td>NOM</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>N° DE LIGNE</td> <td>..... <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">-----</td> </tr> <tr> <td>NOM</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>N° DE LIGNE</td> <td>..... <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">-----</td> </tr> <tr> <td>NOM</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>N° DE LIGNE</td> <td>..... <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">-----</td> </tr> <tr> <td>NOM</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>N° DE LIGNE</td> <td>..... <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>	NOM	_____	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	-----		NOM	_____	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	-----		NOM	_____	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	-----		NOM	_____	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 131								
NOM	_____																																
N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>																																

NOM	_____																																
N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>																																

NOM	_____																																
N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>																																

NOM	_____																																
N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>																																
130	Pour quelle raison principale, cette moustiquaire n'a-t-elle pas été utilisée la nuit dernière ?	<table border="0"> <tr> <td>TROP CHAUD</td> <td>.....</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>N'AIME PAS LA FORME.COULEUR/TAILLE DE LA MOUSTIQUAIRE</td> <td>.....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>N'AIME PAS L'ODEUR</td> <td>.....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>INCAPABLE DE LA SUSPENDRE</td> <td>.....</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>A DORMI DEHORS</td> <td>.....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>L'UTILISATEUR HABITUEL N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE</td> <td>.....</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>PAS DE MOUSTIQUES/PAS DE PALUDISME</td> <td>.....</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>MOUSTIQUAIRE SUPPLÉMENTAIRE/GARDÉE POUR PLUS TARD</td> <td>.....</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>AUTRE</td> <td>_____</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">(PRÉCISEZ)</td> <td></td> </tr> </table>	TROP CHAUD	01	N'AIME PAS LA FORME.COULEUR/TAILLE DE LA MOUSTIQUAIRE	02	N'AIME PAS L'ODEUR	03	INCAPABLE DE LA SUSPENDRE	04	A DORMI DEHORS	05	L'UTILISATEUR HABITUEL N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE	06	PAS DE MOUSTIQUES/PAS DE PALUDISME	07	MOUSTIQUAIRE SUPPLÉMENTAIRE/GARDÉE POUR PLUS TARD	08	AUTRE	_____	96		(PRÉCISEZ)		
TROP CHAUD	01																															
N'AIME PAS LA FORME.COULEUR/TAILLE DE LA MOUSTIQUAIRE	02																															
N'AIME PAS L'ODEUR	03																															
INCAPABLE DE LA SUSPENDRE	04																															
A DORMI DEHORS	05																															
L'UTILISATEUR HABITUEL N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE	06																															
PAS DE MOUSTIQUES/PAS DE PALUDISME	07																															
MOUSTIQUAIRE SUPPLÉMENTAIRE/GARDÉE POUR PLUS TARD	08																															
AUTRE	_____	96																															
	(PRÉCISEZ)																																
131	RETOURNEZ À 122 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 132.																																

AUTRES CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À				
132	<p>OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DU SOL DU LOGEMENT.</p> <p>NOTEZ L'OBSERVATION</p>	<p>MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE 11 BOUSE 12</p> <p>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE PLANCHES EN BOIS 21 PALMES/BAMBOU 22</p> <p>MATÉRIAU ÉLABORÉ PARQUET OU BOIS CIRÉ 31 BANDES DE VINYLE/ASPHALTE 32 CARRELAGE 33 CIMENT 34 MOQUETTE 35</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>					
133	<p>OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DU TOIT DU LOGEMENT.</p> <p>NOTEZ L'OBSERVATION.</p>	<p>MATÉRIAU NATUREL PAS DE TOIT 11 CHAUME/PALMES/FEUILLES 12 MOTTES DE TERRE 13</p> <p>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE NATTE 21 PALMES/BAMBOU 22 PLANCHES EN BOIS 23 CARTON 24</p> <p>MATÉRIAU ÉLABORÉ TÔLE 31 BOIS 32 ZINC/FIBRE DE CIMENT 33 TUILES 34 CIMENT 35 SHINGLES 36</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>					
134	<p>OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DES MURS EXTÉRIEURS DU LOGEMENT.</p> <p>NOTEZ L'OBSERVATION.</p>	<p>MATÉRIAU NATUREL PAS DE MUR 11 BAMBOU/CANE/PALME/TRONC 12 TERRE 13</p> <p>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BAMBOU AVEC BOUE 21 PIERRES AVEC BOUE 22 ADOBE NON RECOUVERT 23 CONTREPLAQUÉ 24 CARTON 25 BOIS DE RÉCUPÉRATION 26</p> <p>MATÉRIAU ÉLABORÉ CIMENT 31 PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT 32 BRIQUES 33 BLOCS DE CIMENT 34 ADOBE RECOUVERT 35 PLANCHE EN BOIS/SHINGLES 36</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>					
135	<p>NOTEZ L'HEURE.</p>	<p>HEURES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>					

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE

À REMPLIR, UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'INTERVIEW :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

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"/> <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	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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	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 LA PÉRIODE 0-35 MOIS <input type="checkbox"/>	→ 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 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 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 PAS 998	
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"/>	<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

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME
 QUESTIONNAIRE STANDARD BIOMARQUEUR

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> <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> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
VISITES [L'AGENT DE TERRAIN]												
	1	2	3	VISITE FINALE								
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>								
NOM DE [AGENT DE TERRAIN]	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>								
				ANNÉE <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>								
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>								
HEURE	_____	_____										
NOTES: _____ _____ _____ _____ _____				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>								
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; text-align: center;">0</table> <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; text-align: center;">2</table> LANGUE DE L'INTERVIEW** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table> LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTE** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table> INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2) <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>												
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS **CODES LANGUES : 01 ENGLISH 03 LANGUAGE 3 05 LANGUAGE 5 02 FRANÇAIS 04 LANGUAGE 4 06 LANGUAGE 6												
ÉQUIPE	CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLEUR CAPI (2)									
<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table> NUMÉRO	_____ <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table> NOM	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table> NUMÉRO	_____ <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table> NOM	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table> NUMÉRO								

Note: Ce qui figure entre crochets [] doit être adapté aux spécificités du pays.

TESTS D'ANÉMIE 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 ÂGÉS DE 0-5 ANS À 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES À PARTIR DU PREMIER INSCRIT. SI PLUS DE 3 ENFANTS, UTILISEZ UN/DÉS QUESTIONNAIRE (S) SUPPLÉMENTAIRE (S).		
	ENFANT 1		ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RESULTAT CAPI, LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT. [ENREGISTREZ LE NOM DE LA COLONNE 2 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE; ENREGISTREZ LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE.]	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
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"/>	
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) à son dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 103 ET/OU 104 SI INCONSISTANT.	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 PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/> OU L'ENFANT EST-IL PLUS ÂGÉ ?	→ 129	
107	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE).	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
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 de 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, de paludisme ou d'autres infections 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 immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie 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 PRÉSENT/AUTRE 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"/> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN]	

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

ENFANT 1		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 PRÉSENT 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 PRÉSENT994 REFUS995 AUTRE996																											
114	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS [LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME].	POSITIF 1 → 126 NÉGATIF 2 PAS PRÉSENT 4 → 128 REFUS 5 AUTRE 6 → 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) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ?	<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 CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS ANORMAUX</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE FONCÉES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) PROSTRATION	1	2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2	c) PERTE CONSCIENCE	1	2	d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2	e) CONVULSIONS	1	2	f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2	g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2	h) URINE FONCÉES	1	2
	OUI	NON																											
a) PROSTRATION	1	2																											
b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2																											
c) PERTE CONSCIENCE	1	2																											
d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2																											
e) CONVULSIONS	1	2																											
f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2																											
g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2																											
h) URINE FONCÉES	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	EN-DESSOUS [8.0 G/DL], ANEMIE SEVÈRE 1 [8.0 G/DL] OU EN-DESSUS ... 2 → 119 AUTRE 6																											
118	<u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</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 sévère. 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 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 → 121 NON 2																											
120	<u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION].</u> Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu du CTA pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner du 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 [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION], vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.	→ 128																											

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

ENFANT 1		ALLEZ À
121	<p>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p> <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La 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.</p>	
122	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p>	<p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6</p> <p>→ 128</p>
123	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO [DE L'AGENT DE TERRAIN]</p>	<p>_____</p> <p>(SIGNEZ)</p> <p>□ □ □ □</p> <p>NUMERO [AGENT DE TERRAIN]</p>
124	<p>VÉRIFIEZ 122: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 128</p>
125	<p>LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT. [INSÉREZ LES INSTRUCTIONS DE DOSAGE]</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 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>	<p>→ 128</p>
126	<p>VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE</p>	<p>EN-DESSOUS [8.0 G/DL], ANEMIE SEVÈRE 1 [8.0 G/DL] OU EN-DESSUS . . . 2 AUTRE 6</p> <p>→ 128</p>
127	<p><u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></p> <p>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.</p> <p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>	
128	<p>DATE DU JOUR :</p>	<p>JOUR □ □</p> <p>MOIS □ □</p> <p>ANNÉE □ □ □ □</p>
129	<p>SI UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.</p>	

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

101	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT 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 ÂGÉS DE 0-5 ANS À 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES À PARTIR DU PREMIER INSCRIT. SI PLUS DE 3 ENFANTS, UTILISEZ UN/DÉS QUESTIONNAIRE (S) SUPPLÉMENTAIRE (S).		
	ENFANT 2		ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI, LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT. [ENREGISTREZ LE NOM DE LA COLONNE 2 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE; ENREGISTREZ LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE.]	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS, ET ANNÉE) 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"/>	
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) à son dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 103 ET/OU 104 SI INCONSISTANT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <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 PLUS ÂGÉ ? PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/>	→ 129	
107	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE).	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
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 de 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, de paludisme ou d'autres infections 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 immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie 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 PRÉSENT/AUTRE 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"/> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN]	

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

ENFANT 2		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 PRÉSENT 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 PRÉSENT994 REFUS995 AUTRE996																											
114	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS [LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME].	POSITIF 1 → 126 NÉGATIF 2 PAS PRESENT 4 → 128 REFUS 5 AUTRE 6 → 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) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ?	<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 CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS ANORMAUX</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE FONCÉES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) PROSTRATION	1	2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2	c) PERTE CONSCIENCE	1	2	d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2	e) CONVULSIONS	1	2	f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2	g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2	h) URINE FONCÉES	1	2
	OUI	NON																											
a) PROSTRATION	1	2																											
b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2																											
c) PERTE CONSCIENCE	1	2																											
d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2																											
e) CONVULSIONS	1	2																											
f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2																											
g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2																											
h) URINE FONCÉES	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	EN-DESSOUS [8.0 G/DL], ANÉMIE SÉVÈRE 1 [8.0 G/DL] OU EN-DESSUS ... 2 → 119 AUTRE 6																											
118	<u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</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 sévère. 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 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 → 121 NON 2																											
120	<u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT ACT.</u> Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu du CTA pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner du 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 [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION], vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.	→ 128																											

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

ENFANT 2		ALLEZ À
121	<p>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p> <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La 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.</p>	
122	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6</p>	→ 128
123	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO [DE L'AGENT DE TERRAIN]</p> <p>(SIGNEZ)</p> <p>NUMERO [AGENT DE TERRAIN]</p>	
124	<p>VÉRIFIEZ 122: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	→ 128
125	<p>LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT. [INSÉREZ LES INSTRUCTIONS DE DOSAGE]</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 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>	→ 128
126	<p>VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE</p> <p>EN-DESSOUS [8.0 G/DL], ANÉMIE SÉVÈRE 1 [8.0 G/DL] OU EN-DESSUS . . . 2 AUTRE 6</p>	→ 128
127	<p><u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></p> <p>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.</p> <p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>	
128	<p>DATE DU JOUR :</p> <p>JOUR</p> <p>MOIS</p> <p>ANNÉE</p>	
129	<p>SI UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.</p>	

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

101	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT 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 ÂGÉS DE 0-5 ANS À 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES À PARTIR DU PREMIER INSCRIT. SI PLUS DE 3 ENFANTS, UTILISEZ UN/DÉS QUESTIONNAIRE (S) SUPPLÉMENTAIRE (S).		
	ENFANT 3		ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RESULTAT CAPI, LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT. [ENREGISTREZ LE NOM DE LA COLONNE 2 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE; ENREGISTREZ LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE.]	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS, ET ANNÉE) 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"/>	
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) à son dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 103 ET/OU 104 SI INCONSISTANT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <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 PLUS ÂGÉ ? PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/>	→ 129	
107	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE).	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
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 de 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, de paludisme ou d'autres infections 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 immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie 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 PRÉSENT/AUTRE 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"/> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN]	

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

ENFANT 3		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 PRÉSENT 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 PRÉSENT994 REFUS995 AUTRE996																											
114	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS [LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME].	POSITIF 1 NÉGATIF 2 → 126 PAS PRÉSENT 4 → 128 REFUS 5 AUTRE 6 → 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) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ?	<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 CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS ANORMAUX</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE FONCÉES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) PROSTRATION	1	2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2	c) PERTE CONSCIENCE	1	2	d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2	e) CONVULSIONS	1	2	f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2	g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2	h) URINE FONCÉES	1	2
	OUI	NON																											
a) PROSTRATION	1	2																											
b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2																											
c) PERTE CONSCIENCE	1	2																											
d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2																											
e) CONVULSIONS	1	2																											
f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2																											
g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2																											
h) URINE FONCÉES	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	EN DESSOUS [8.0 G/DL], ANÉMIE SÉVÈRE 1 [8.0 G/DL] OU AU-DESSUS ... 2 → 119 AUTRE 6																											
118	<u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</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 sévère. 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 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2 → 121																											
120	<u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT ACT.</u> Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu du CTA pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner du 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 [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION], vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.	→ 128																											

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

ENFANT 3		ALLEZ À
121	<p>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p> <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La 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.</p>	
122	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6</p>	→ 128
123	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO [DE L'AGENT DE TERRAIN]</p> <p>(SIGNEZ)</p> <p>NUMERO [AGENT DE TERRAIN]</p>	
124	<p>VÉRIFIEZ 122: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	→ 128
125	<p>LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT. [INSÉREZ LES INSTRUCTIONS DE DOSAGE]</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 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>	→ 128
126	<p>VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE</p> <p>EN-DESSOUS [8.0 G/DL], ANEMIE SEVÈRE 1 [8.0 G/DL] OU EN-DESSUS . . . 2 AUTRE 6</p>	→ 128
127	<p><u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></p> <p>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.</p> <p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>	
128	<p>DATE DU JOUR :</p> <p>JOUR</p> <p>MOIS</p> <p>ANNÉE</p>	
129	<p>SI UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.</p>	

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME AU SENEGAL (EIPS) 2020
QUESTIONNAIRE STANDARD DE L'AGENT DE TERRAIN

Senegal
ANSD

LANGUE DU QUESTIONNAIRE FRANÇAIS

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
100	Quel est votre prenom et nom ?	PRENOM NOM	
100A	Quel est votre profil (Enqueteur/Enquetrice/Technicien de santé)	ENQUETEUR 01 ENQUETRICE 02 TECHNICIEN DE SANTE 03	
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'EIPS, 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 ?	DAKAR 01 ZIGUINCHOR 02 DIOURBEL 03 SAINT-LOUIS 04 TAMBACOUNDA 05 KAOLACK 06 THIES 07 LOUGA 08 FATICK 09 KOLDA 10 MATAM 11 KAFRINE 12 KEDOUGOU 13 SEDHIOU 14	
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 BIOLOGIQUES.	ENFANTS VIVANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
108	Avez-vous eu un enfant qui est décédé ?	OUI 1 NON 2	
109 (1)	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À		
110 (1)	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] <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
111 (2)	Quelle est votre religion ?	MUSULMANE 01 CHRETIENNE 02 ANIMISTE 03 SANS RELIGION 04 AUTRE 96 (PRECISEZ)			
112 (2)	Quelle est votre ethnie ?	WOLOF 01 POULAR 02 SERER 03 MANDINGUE 04 DIOLA 05 SONINKE 06 AUTRE 96 (PRECISEZ)			
113	Quelles langues parlez-vous ? INSCRIVEZ TOUTES LES LANGUES QUE VOUS PARLEZ.	FRANÇAIS A ANGLAIS B WOLOF C SERERE D POULAR E MANDINGUE F DIOLA G SONINKE H AUTRE X (PRECISEZ)			
114	Quelle est votre langue maternelle/natale (langue parlée à la maison quand vous étiez petit) ?	Français 01 ANGLAIS 02 WOLOF 03 SERERE 04 POULAR 05 MANDINGUE 06 DIOLA 07 SONINKE 08 AUTRES 96 (PRECISEZ)			
115 (3)	Avez-vous déjà travaillé sur: a) une enquête [EDS] avant celle-ci ? b) une enquête [EIP] avant celle-ci ? c) une autre enquête avant celle-ci ?	OUI NON			
		a) [EDS] 1 2 b) [EIP] 1 2 c) UNE AUTRE ENQUETE 1 2			
116	Est-ce que vous travailliez déjà pour l'ANSD/MSAS au moment où vous étiez employé pour travailler sur cette EIPS ?	OUI, ANSD 1 OUI, MSAS 2 NON 3	→ 118		
117	Êtes-vous un employé permanent ou temporaire de l'ANSD/MSAS ?	PERMANENT 1 TEMPORAIRE 2			
118	Si vous avez des commentaires, s'il vous plaît, écrivez-les ici.				

AUTRES OUTILS DU DHS PROGRAM

Le site web du DHS Program – Télécharger gratuitement les rapports EDS, la documentation standard, les données sur les indicateurs clés ainsi que les outils de formation et les annonces.	DHSprogram.com		
STATcompiler – Créer des tableaux, des graphiques et des cartes personnalisés, en utilisant les données de 90 pays et des milliers d'indicateurs.	Statcompiler.com/fr/		
L'application mobile du DHS Program – Accéder aux indicateurs clés EDS pour 90 pays sur votre appareil mobile (Apple et Android).	Recherchez DHS Program dans iTunes ou Google Play store		
Le forum des utilisateurs du DHS Program – Poser vos questions sur les données EDS et consultez les archives de notre foire aux questions.	userforum.DHSprogram.com		
Vidéos didacticiels – Découvrir les principaux aspects des enquêtes EDS, notamment les modes d'échantillonnage et de pondération, le téléchargement des bases de données, et la manière de lire les tableaux EDS.	www.youtube.com/DHSProgram		
Bases de données – Télécharger des bases de données pour les analyser.	DHSprogram.com/Data		
Dépôt de données spatiales – Télécharger des données EDS liées à la géographie pour établir une cartographie dans un système d'information géographique (SIG).	spatialdata.DHSprogram.com		
Le Centre d'apprentissage – Accéder à des cours en ligne pour un apprentissage autonome et la participation à des ateliers, à des communautés de pratique et à d'autres ressources de formation.	Learning.DHSprogram.com		
GitHub – Accès libre au code Stata, SPSS et R pour les indicateurs EDS pour une utilisation publique.	Github.com/DHSprogram		
Réseaux Sociaux – Suivre le DHS Program et participer aux discussions.			
 Facebook www.facebook.com/DHSprogram		 LinkedIn www.linkedin.com/company/dhs-program	
 Twitter www.twitter.com/DHSprogram		 Blog Blog.DHSprogram.com	