

**ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME AU BURKINA FASO (EIPBF-2014)**

**QUESTIONNAIRE MÉNAGE**

BURKINA FASO  
 INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (INSD)  
 PROGRAMME D' APPUI AU DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PADS)  
 PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME (PNLP)

IDENTIFICATION								
NOM DE LA LOCALITE _____								
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____								
NUMÉRO DE GRAPPE.....			GRAPPE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
NUMÉRO DE CONCESSION.....			CONCESSION	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
NUMÉRO DU MÉNAGE .....			MENAGE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
REGION ADMINISTRATIVE _____			REGION	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
MILIEU (URBAIN = 1 , RURAL = 2) .....			MILIEU	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
MILIEU DETAILLE (OUAGADOUGOU= 1, AUTRE VILLE = 2, RURAL= 3)			MILIEU DETAILLE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
VISITES D'ENQUÊTEURS								
	1	2	3	VISITE FINALE				
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
NOM DE L'ENQUÊTEUR/ ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> </table>	2	0	1	4
2	0	1	4					
PROCHAINE DATE VISITE:	_____	_____		CODE ENQ. <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
HEURE	_____	_____		RÉSULTAT <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
*CODES RÉSULTAT: 1 REMPLI 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 _____ (PRÉCISER)				NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				
				TOTAL DANS LE MÉNAGE <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				
				TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				
				N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR QUESTIONNAIRE MÉNAGE <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				

CHEF D' EQUIPE	CONTROLE DE BUREAU	AGENT DE SAISIE
NOM _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; display: inline-table;"></table>	NOM _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; display: inline-table;"></table>	NOM _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; display: inline-table;"></table>



**TABLEAU MÉNAGE**

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	FEMME DE 15-49 ans	ENFANT DE 0-5 ans
				ÉTAT MATRIMONIAL			ÉLIGIBILITÉ		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	11
	<p>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.</p> <p>APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.</p> <p>POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-11 POUR CHAQUE PERSONNE.</p>	<p>Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?</p> <p>VOIR CODES CI-DESSOUS</p>	<p>(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?</p>	<p>(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?</p>	<p>(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?</p>	<p>Quel âge a (NOM) ?</p> <p>SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?</p> <p>1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN</p>	<p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS</p>	<p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS</p>
01		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	01	01
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	02	02
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	03	03
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	04	04
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	05	05
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	06	06
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	07	07
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	08	08
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	09	09
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	10	10

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

- |                         |                              |
|-------------------------|------------------------------|
| 01 = CHEF DE MÉNAGE     | 08 = FRÈRE OU SOEUR          |
| 02 = FEMME OU MARI      | 09 = AUTRE PARENT            |
| 03 = FILS OU FILLE      | 10 = ADOPTÉ/EN GARDE/        |
| 04 = GENDRE/BELLE-FILLE | 11 = ENFANT DE LA FEMME/MARI |
| 05 = PETIT-FILS/FILLE   | 12 = CO-EPOUSE               |
| 06 = PÈRE/MÈRE          | 13 = SANS PARENTE            |
| 07 = BEAUX-PARENTS      | 98 = NE SAIT PAS             |

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	FEMME DE 15- 49 ans	ENFANT DE 0 5 ans
				ÉTAT MATRIMONIAL	ÉLIGIBILITÉ				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	11
11		<input type="checkbox"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	11
12		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	12
13		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	13
14		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	14
15		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	15
16		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	16
17		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	17
18		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	18
19		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	19
20		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	20

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

2A) Juste pour être sûr(e) que j'ai une liste complète :

y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas listés?

OUI  AJOUTER AU TABLEAU NON

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

OUI  AJOUTER 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  AJOUTER AU TABLEAU NON

**CODES POUR Q. 3: LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE**

- |                         |                               |
|-------------------------|-------------------------------|
| 01 = CHEF DE MÉNAGE     | 10 = ADOPTÉ/EN GARDE          |
| 02 = FEMME OU MARI      | 11 = ENFANTS DE LA FEMME/MARI |
| 03 = FILS OU FILLE      |                               |
| 04 = GENDRE/BELLE-FILLE |                               |
| 05 = PETIT-FILS/FILLE   | 12 = CO-EPOUSE                |
| 06 = PÈRE/MÈRE          |                               |
| 07 = BEAUX-PARENTS      |                               |
| 08 = FRÈRE OU SOEUR     | 13 = SANS PARENTÉ             |
| 09 = AUTRE PARENT       | 98 = NE SAIT PAS              |



109	Combien de ménages utilisent ces toilettes ?	NOMBRE DE MÉNAGES SI MOINS DE 10 ..... <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> 10 MÉNAGES OU PLUS ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98																																										
110	Dans ce ménage, avez-vous : (4) L'électricité ? Un poste radio ? Une télévision ? Un téléphone portable ? Un téléphone fixe ? Un réfrigérateur ? Table ? Chaise ? Armoire/Bibliothèque ? Cuisinière/Rechaud ? Congélateur ? Fusil de chasse ? Charrue ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ÉLECTRICITÉ .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RADIO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEPHONE PORTABLE ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉPHONE FIXE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>REFRIGÉRATEUR .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TABLE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CHAISE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ARMOIRE/BIBLIOTHEQUE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CUISINIERE/RECHAUD</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CONGELATEUR .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FUSIL DE CHASSE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CHARRUE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ÉLECTRICITÉ .....	1	2	RADIO .....	1	2	TÉLÉVISION .....	1	2	TELEPHONE PORTABLE ...	1	2	TÉLÉPHONE FIXE .....	1	2	REFRIGÉRATEUR .....	1	2	TABLE .....	1	2	CHAISE .....	1	2	ARMOIRE/BIBLIOTHEQUE	1	2	CUISINIERE/RECHAUD	1	2	CONGELATEUR .....	1	2	FUSIL DE CHASSE .....	1	2	CHARRUE .....	1	2
	OUI	NON																																										
ÉLECTRICITÉ .....	1	2																																										
RADIO .....	1	2																																										
TÉLÉVISION .....	1	2																																										
TELEPHONE PORTABLE ...	1	2																																										
TÉLÉPHONE FIXE .....	1	2																																										
REFRIGÉRATEUR .....	1	2																																										
TABLE .....	1	2																																										
CHAISE .....	1	2																																										
ARMOIRE/BIBLIOTHEQUE	1	2																																										
CUISINIERE/RECHAUD	1	2																																										
CONGELATEUR .....	1	2																																										
FUSIL DE CHASSE .....	1	2																																										
CHARRUE .....	1	2																																										
111	Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour cuisiner ?	ÉLECTRICITÉ .....	01																																									
		GAZ/PETROLE .....	02																																									
		CHARBON DE BOIS .....	07																																									
		BOIS .....	08																																									
		PAS DE REPAS PRÉPARÉ DANS LE MÉNAGE .....	95																																									
		AUTRE _____	96																																									
		(PRÉCISEZ)																																										
114	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE .....	11																																									
		BOUSE/GRAVIER .....	12																																									
		CARRELAGE .....	33																																									
		CIMENT .....	34																																									
		AUTRE _____	96																																									
		(PRÉCISEZ)																																										
115	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL CHAUME/PALMES/FEUILLES	12																																									
		MATÉRIAU ÉLABORÉ TÔLE .....	31																																									
		AUTRE _____	96																																									
		(PRÉCISEZ)																																										
116	PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS EXTÉRIEURS ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL BAMBOU/CANE/PALME/TRONC .....	12																																									
		TERRE .....	13																																									
		MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BAMBOU/BOIS AVEC BOUE	21																																									
		PIERRES AVEC BOUE	22																																									
		ADOBE NON RECOUVERT .....	23																																									
		MATÉRIAU ÉLABORÉ CIMENT .....	31																																									
		PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT .....	32																																									
		BRIQUES .....	33																																									
		BLOCS DE CIMENT .....	34																																									
		ADOBE RECOUVERT .....	35																																									
		PLANCHE EN BOIS .....	36																																									
		AUTRE _____	96																																									
		(PRÉCISEZ)																																										

117	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> SOUS L'ARBRE/A L'AIR LIBRE ..... 95																									
118	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Une pirogue?</td> <td>PIROGUE .....</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>Une montre ?</td> <td>MONTRE .....</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>Une bicyclette ?</td> <td>BICYCLETTE .....</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>Une motocyclette ou un scooter ?</td> <td>MOTOCYCLETTE/SCOOTER .....</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>Une charrette tirée par un animal ?</td> <td>CHARRETTE AVEC ANIMAL .....</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>Une voiture ou une camionnette ?</td> <td>VOITURE/CAMIONNETTE .....</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>Un bateau à moteur ?</td> <td>BATEAU À MOTEUR .....</td> <td>1 2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	Une pirogue?	PIROGUE .....	1 2	Une montre ?	MONTRE .....	1 2	Une bicyclette ?	BICYCLETTE .....	1 2	Une motocyclette ou un scooter ?	MOTOCYCLETTE/SCOOTER .....	1 2	Une charrette tirée par un animal ?	CHARRETTE AVEC ANIMAL .....	1 2	Une voiture ou une camionnette ?	VOITURE/CAMIONNETTE .....	1 2	Un bateau à moteur ?	BATEAU À MOTEUR .....	1 2	
	OUI	NON																									
Une pirogue?	PIROGUE .....	1 2																									
Une montre ?	MONTRE .....	1 2																									
Une bicyclette ?	BICYCLETTE .....	1 2																									
Une motocyclette ou un scooter ?	MOTOCYCLETTE/SCOOTER .....	1 2																									
Une charrette tirée par un animal ?	CHARRETTE AVEC ANIMAL .....	1 2																									
Une voiture ou une camionnette ?	VOITURE/CAMIONNETTE .....	1 2																									
Un bateau à moteur ?	BATEAU À MOTEUR .....	1 2																									
119	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 121																								
120	Combien d'hectares de terres cultivables les membres du ménage possèdent-ils ?  SI 95 OU PLUS, ENCERCLEZ '950'.	NOMBRE D'HECTARES <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 95 HECTARES OU PLUS ..... 950 NE SAIT PAS ..... 998																									
121	Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 123																								
122	Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède t-il ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'. SI NE SAIT PAS, INSCRIVEZ '98'.  Vaches laitières ou taureaux ?  Chevaux, ânes ou mules ?  Chèvres ?  Porcs ?  Moutons ?  Volaille (Poulets/Canards,etc) ?	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>VACHES/TAUREAUX .....</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CHEVAUX/ÂNES/MULES .....</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CHÈVRES .....</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PORCS .....</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MOUTONS .....</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>POULETS/CANARDS .....</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	VACHES/TAUREAUX .....	<input type="text"/> <input type="text"/>	CHEVAUX/ÂNES/MULES .....	<input type="text"/> <input type="text"/>	CHÈVRES .....	<input type="text"/> <input type="text"/>	PORCS .....	<input type="text"/> <input type="text"/>	MOUTONS .....	<input type="text"/> <input type="text"/>	POULETS/CANARDS .....	<input type="text"/> <input type="text"/>													
VACHES/TAUREAUX .....	<input type="text"/> <input type="text"/>																										
CHEVAUX/ÂNES/MULES .....	<input type="text"/> <input type="text"/>																										
CHÈVRES .....	<input type="text"/> <input type="text"/>																										
PORCS .....	<input type="text"/> <input type="text"/>																										
MOUTONS .....	<input type="text"/> <input type="text"/>																										
POULETS/CANARDS .....	<input type="text"/> <input type="text"/>																										
123	Est-ce qu'un membre de votre ménage a un compte en banque ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																									
124	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours des 12 derniers mois, quelqu'un est venu dans votre logement pour pulvériser les murs intérieurs contre les moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 126																								
125	Qui a pulvérisé les murs du logement ?  INSISTEZ: qui d'autres ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE	EMPLOYÉ/PROGRAMME GOUVERNEMENT A SOCIÉTÉ PRIVÉE ..... B ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE (ONG) C  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z																									
125A	Les moustiques ont ils diminué dans votre logement depuis qu'il a été pulvérisé?	OUI ..... 1 NON ..... 2																									
126	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 137																								
127	Combien de moustiquaires votre ménage a t-il ?  SI 7 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES ..... <input type="text"/>																									

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
128	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE  SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISEZ UN/DÉS QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES	OBSERVÉE ..... 1 NON OBSERVÉE ... 2	OBSERVÉE ..... 1 NON OBSERVÉE ... 2	OBSERVÉE ..... 1 NON OBSERVÉE ... 2
129	Cela fait combien de mois que votre ménage a la moustiquaire ?  SI MOINS D'UN MOIS, ENREGISTREZ '00'.	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/>  PLUS DE 36 MOIS ..... 95  PAS SÛR ..... 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/>  PLUS DE 36 MOIS ..... 95  PAS SÛR ..... 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/>  PLUS DE 36 MOIS ..... 95  PAS SÛR ..... 98
130	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LA MARQUE/TYPE DE LA MOUSTIQUAIRE  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE ET QUE VOUS NE POUVEZ PAS OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE, MONTREZ UNE PHOTO D'UNE MOUSTIQUAIRE COURANTE À L'ENQUÊTÉ.	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MILDA) OLYSET ..... 11 PERMANET ..... 12 INTERCEPTOR ..... 13 SERENA ..... 14 AUTRE/ NSP MARQUE ..... 16 (PASSER À 131A) ←  MOUSTIQUAIRE 'PRÉ-TRAITÉE' TOUTE MARQUE ..... 21 NSP MARQUE ..... 26 (PASSER À 131A) ←  AUTRE MARQUE ... 96 NSP MARQUE ..... 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MILDA) OLYSET ..... 11 PERMANET ..... 12 INTERCEPTOR ..... 13 SERENA ..... 14 AUTRE/ NSP MARQUE ..... 16 (PASSER À 131A) ←  MOUSTIQUAIRE 'PRÉ-TRAITÉE' TOUTE MARQUE ..... 21 NSP MARQUE ..... 26 (PASSER À 131A) ←  AUTRE MARQUE ..... 96 NSP MARQUE ..... 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MILDA) OLYSET ..... 11 PERMANET ..... 12 INTERCEPTOR ..... 13 SERENA ..... 14 AUTRE/ NSP MARQUE ..... 16 (PASSER À 131A) ←  MOUSTIQUAIRE 'PRÉ-TRAITÉE' TOUTE MARQUE ..... 21 NSP MARQUE ..... 26 (PASSER À 131A) ←  AUTRE MARQUE ... 96 NSP MARQUE ..... 98
131	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle déjà traitée avec un insecticide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8
131A	Quelle est la forme de cette moustiquaire?	CONIQUE ..... 1 RECTANGULAIRE ..... 2	CONIQUE ..... 1 RECTANGULAIRE ..... 2	CONIQUE ..... 1 RECTANGULAIRE ..... 2
131B	Où avez-vous obtenu cette moustiquaire?	CAMPAGNE DE DISTRIBUTION ..... 1 CONSULTATION ..... 2 PRENATALE VACCINATION ..... 3 ENFANT MARCHE ..... 4 PHARMACIE ..... 5  AUTRES ..... 6 _____	CAMPAGNE DE DISTRIBUTION ..... 1 CONSULTATION ..... 2 PRENATALE VACCINATION ..... 3 ENFANT MARCHE ..... 4 PHARMACIE ..... 5  AUTRES ..... 6 _____	CAMPAGNE DE DISTRIBUTION ..... 1 CONSULTATION ..... 2 PRENATALE VACCINATION ..... 3 ENFANT MARCHE ..... 4 PHARMACIE ..... 5  AUTRES ..... 6 _____
131C	Est-ce que la moustiquaire est accrochée?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 136) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 136) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 136) ←
131D	Qui l'a accroché?	MEMBRE DU MENAGE ..... 1 AGENT RACCROCHEUR ..... 2 VOISIN ..... 3 NSP ..... 8	MEMBRE DU MENAGE ..... 1 AGENT RACCROCHEUR ..... 2 VOISIN ..... 3 NSP ..... 8	MEMBRE DU MENAGE ..... 1 AGENT RACCROCHEUR ..... 2 VOISIN ..... 3 NSP ..... 8
134	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous la moustiquaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 136) ← PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 136) ← PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 136) ← PAS SÛR ..... 8

135	Qui a dormi sous la moustiquaire la nuit dernière ?  ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA PERSONNE À PARTIR DU TABLEAU MÉNAGE.	← 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"/>	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"/>	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"/>
136		RETOURNEZ À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 137.	RETOURNEZ À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 137.	ALLEZ À 128 À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 137.
137	Votre ménage disposait-il des moustiquaires avant la dernière campagne de distribution ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 144		
138	Combien de moustiquaires votre ménage possédait-il avant la campagne ?  SI 7 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES ..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 8		
139	VÉRIFIEZ 138 <input type="checkbox"/> UNE SEULE MOUSTIQUAIRE ↓ <input type="checkbox"/> PLUSIEURS MOUSTIQUAIRES → 142			
140	Est-ce que la moustiquaire était utilisée?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 144		

141	<p>Pourquoi votre ménage n'utilisait-elle pas la moustiquaire?</p> <p>INSISTEZ: autres raisons?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE</p>	<p>MOUSTIQUAIRE PAS EFFICACE A</p> <p>CERTAINS MEMBRES DU MENAGE B</p> <p>N'AIME PAS LES MOUSTIQUAIRES C</p> <p>TAILLE NON SATISFAISANTE D</p> <p>FORME NON SATISFAISANTE E</p> <p>MAUVAISE ODEUR F</p> <p>CAUSE DES IRRITATIONS/TOUX G</p> <p>REND MALADE H</p> <p>DONNE DES NAUSÉES I</p> <p>PRODUIT CHIMIQUE DANGEREUX J</p> <p>PEUT SUFFOQUER/DIFFICULTÉS K</p> <p>RESPIRER L</p> <p>CHALEUR M</p> <p>MOUSTIQUAIRE SE SALIT VITE X</p> <p>PAS DE RAISON ..... M</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
142	<p>Est-ce que toutes ces moustiquaires étaient utilisées?</p>	<p>OUI TOUTE 1</p> <p>OUI CERTAINES 2</p> <p>NON AUCUNE 3</p>	→ 144
143	<p>VERIFIEZ 142</p> <p><input type="checkbox"/> REPONSE 2 OUI CERTAINES</p> <p><input type="checkbox"/> REPONSE 3 NON AUCUNE</p> <p>Pourquoi vous n'utilisiez pas certaines moustiquaires</p> <p>Pourquoi vous n'utilisiez pas ces moustiquaires</p>	<p>MOUSTIQUAIRE PAS EFFICACE A</p> <p>CERTAINS MEMBRES DU MENAGE B</p> <p>N'AIME PAS LES MOUSTIQUAIRES C</p> <p>TAILLE NON SATISFAISANTE D</p> <p>FORME NON SATISFAISANTE E</p> <p>MAUVAISE ODEUR F</p> <p>CAUSE DES IRRITATIONS/TOUX G</p> <p>REND MALADE ..... H</p> <p>DONNE DES NAUSÉES I</p> <p>PRODUIT CHIMIQUE DANGEREUX J</p> <p>PEUT SUFFOQUER/DIFFICULTÉS K</p> <p>RESPIRER L</p> <p>CHALEUR M</p> <p>MOUSTIQUAIRE SE SALIT VITE X</p> <p>PAS DE RAISON ..... M</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
144	<p>144</p> <p>→</p> <p>Votre ménage a-t-il bénéficié de moustiquaires imprégnées pendant la dernière campagne de distribution des moustiquaires?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 146
145	<p>145</p> <p>Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il reçues?</p>	<p>NBRE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP 98</p>	
146	<p>146</p> <p>Quelqu'un a-t-il visité votre ménage après la campagne pour vous parler de moustiquaires ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 201
147	<p>147</p> <p>Ce visiteur vous a-t-il :</p> <p>1 Montré comment suspendre la moustiquaire ?</p> <p>2 Expliqué l'importance de dormir chaque nuit sous une MILDA ?</p>	<p>1 COMMENT SUSPENDRE LA MILDA OUI 1 NON 2 NSP 8</p> <p>2 IMPORTANCE DE DORMIR SOUS UNE MILDA OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	

**TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS**

201	<p>VÉRIFIEZ LA COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS À Q.202 EN ORDRE SELON LE NUMÉRO DE LIGNE. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).</p> <p> <input type="checkbox"/> AU MOINS 1 ENFANT DE 0 - 5 ANS                      <input type="checkbox"/> AUCUN ENF. 0-5 ANS                      <input type="checkbox"/> → FIN             </p>			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE ..... <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE ..... <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE ..... <input type="text"/> NOM _____
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE DE L'ENFANT À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	JOUR ..... <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	JOUR ..... <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2009 OU PLUS TARD ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)
205	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ ..... 2
206	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE). INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° LIGNE ..... <input type="text"/>	N° LIGNE ..... <input type="text"/>	N° LIGNE ..... <input type="text"/>
207	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 206 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des enfants dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2009 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. 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' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision.                  Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
208	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE ..... 1 (SIGNATURE) ←   REFUSÉE ..... 2 ABSENT ..... 5 AUTRE ..... 6	ACCORDÉE ..... 1 (SIGNATURE) ←   REFUSÉE ..... 2 ABSENT ..... 5 AUTRE ..... 6	ACCORDÉE ..... 1 (SIGNATURE) ←   REFUSÉE ..... 2 ABSENT ..... 5 AUTRE ..... 6

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
209	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 206 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non <b>le paludisme</b>. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2009 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. (Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie).</p> <p>Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?          Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision.          Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme ?</p>		
210	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE ..... 2 ABSENT ..... 5 AUTRE ..... 6	ACCORDÉE ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE ..... 2 ABSENT ..... 5 AUTRE ..... 6	ACCORDÉE ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE ..... 2 ABSENT ..... 5 AUTRE ..... 6
211	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			
212	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">           COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE            CODE BARRE ICI         </div> ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2 <sup>ème</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 <sup>ème</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">           COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE            CODE BARRE ICI         </div> ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2 <sup>ème</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 <sup>ème</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">           COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE            CODE BARRE ICI         </div> ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2 <sup>ème</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 <sup>ème</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
213	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
214	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 216) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 216) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 216) ←
215	ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF ESPECES (OMV) ..... 2 (PASSEZ À 218) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF ESPECES (OMV) ..... 2 (PASSEZ À 218) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF ESPECES (OMV) ..... 2 (PASSEZ À 218) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
216	VÉRIFIEZ 213:  NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 228) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 228) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 228) ←
217	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement.  <b>PASSEZ À 228</b>		
218	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:  Faiblesse extrême? Problèmes cardiaques? Perte de conscience? Respiration rapide ou difficulté de respirer? Convulsions? Saignements anormaux? Jaunisse/peau jaune ? Urine foncée?  SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENCERCLEZ CODE Y.	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE ..... B PERTE CONSCIENCE ..... C  RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS ..... E SAIGNEMENTS ..... F JAUNISSE ..... G URINE FONCÉE ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS ..... Y	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE ..... B PERTE CONSCIENCE ..... C  RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS ..... E SAIGNEMENTS ..... F JAUNISSE ..... G URINE FONCÉE ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS ..... Y	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE ..... B PERTE CONSCIENCE ..... C  RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS ..... E SAIGNEMENTS ..... F JAUNISSE ..... G URINE FONCÉE ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS ..... Y
219	VÉRIFIEZ 218:  Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1 (PASSEZ À 221) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1 (PASSEZ À 221) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1 (PASSEZ À 221) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2
220	VÉRIFIEZ 213:  NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1 6.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 222) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1 6.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 222) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1 6.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 222) ←
221	DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé.  <b>PASSEZ À 227</b>		



**TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS**

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE ..... <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE ..... <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE ..... <input type="text"/> NOM _____
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE DE L'ENFANT À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	JOUR ..... <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	JOUR ..... <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2009 OU PLUS TARD ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 203 POUR ←) ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 203 POUR ←) ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 203 POUR ←) ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)
205	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 203 POUR ←) ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 203 POUR ←) ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 203 POUR ←) ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ ..... 2
206	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE). INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° LIGNE ..... <input type="text"/>	N° LIGNE ..... <input type="text"/>	N° LIGNE ..... <input type="text"/>
207	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 206 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des enfants dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2009 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. 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' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
208	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE ..... 1 (SIGNATURE) ←   REFUSÉE ..... 2 ABSENT ..... 5 AUTRE ..... 6	ACCORDÉE ..... 1 (SIGNATURE) ←   REFUSÉE ..... 2 ABSENT ..... 5 AUTRE ..... 6	ACCORDÉE ..... 1 (SIGNATURE) ←   REFUSÉE ..... 2 ABSENT ..... 5 AUTRE ..... 6

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
209	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 206 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non <b>le paludisme</b>. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2009 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. (Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie).</p> <p>Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?            Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision.            Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme ?</p>		
210	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE ..... 2 ABSENT ..... 5 AUTRE ..... 6	ACCORDÉE ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE ..... 2 ABSENT ..... 5 AUTRE ..... 6	ACCORDÉE ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE ..... 2 ABSENT ..... 5 AUTRE ..... 6
211	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			
212	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2 <sup>eme</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 <sup>eme</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2 <sup>eme</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 <sup>eme</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2 <sup>eme</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 <sup>eme</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
213	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
214	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 216) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 216) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 216) ←
215	ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF ESPECES (OMV) ..... 2 _____ ← (PASSEZ À 218) NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF ESPECES (OMV) ..... 2 _____ ← (PASSEZ À 218) NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF ESPECES (OMV) ..... 2 _____ ← (PASSEZ À 218) NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
216	VÉRIFIEZ 213:  NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 228) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 228) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 228) ←
217	DÉCLARATION DE REFERENCE <u>POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u>	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement.  <b>PASSEZ À 228</b>		
218	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:  Faiblesse extrême?  Problèmes cardiaques?  Perte de conscience? Respiration rapide ou difficulté de respirer? Convulsions? Saignements anormaux? Jaunisse/peau jaune ? Urine foncée?  SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENCERCLEZ CODE Y.	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE ..... B PERTE CONSCIENCE ..... C  RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS ..... E SAIGNEMENTS ..... F JAUNISSE ..... G URINE FONCÉE ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS ..... Y	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE ..... B PERTE CONSCIENCE ..... C  RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS ..... E SAIGNEMENTS ..... F JAUNISSE ..... G URINE FONCÉE ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS ..... Y	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE ..... B PERTE CONSCIENCE ..... C  RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS ..... E SAIGNEMENTS ..... F JAUNISSE ..... G URINE FONCÉE ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS ..... Y
219	VÉRIFIEZ 218:  Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1 (PASSEZ À 221) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1 (PASSEZ À 221) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1 (PASSEZ À 221) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2
220	VÉRIFIEZ 213:  NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1 6.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 222) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1 6.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 222) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1 6.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 222) ←
221	DÉCLARATION <u>POUR REFERENCE</u> <u>POUR PALUDISME GRAVE.</u>	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé.  <b>PASSEZ À 227</b>		

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
222	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de l'ACT donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ?  VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSEZ À 224) ←	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSEZ À 224) ←	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSEZ À 224) ←
223	<b><u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE L'ACT</u></b>	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de l'ACT pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une ACT 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 de l'ACT, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis.  PASSEZ À 227		
224	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé ACT. L'ACT 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.		
225	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 227) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 227) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 227) ←
226	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<b>Enfants de moins de 1 an ou de moins de 8 Kgs</b>  Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)  <b>Enfants de 1-5 ans ou de 8-17 Kgs</b>  Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	<b>Jour 1 (1 comprimé)</b>  <b>Jour 2 (1 comprimé)</b>  <b>Jour 3 (1 comprimé)</b>	<b>Jour 1 (1 comprimé)</b>  <b>Jour 2 (1 comprimé)</b>  <b>Jour 3 (1 comprimé)</b>
		DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.		
227	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU <u>TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE RÉFÉRENCE.</u>	MÉDICAMENT DONNÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSÉ ..... 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE ..... 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE L'ACT ..... 4 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT DONNÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSÉ ..... 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE ..... 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE L'ACT ..... 4 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT DONNÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSÉ ..... 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE ..... 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE L'ACT ..... 4 AUTRE ..... 6
228	RETOURNEZ À 202 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA 1ERE COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S); S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW.			

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

---

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES

---

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU CHEF D'EQUIPE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

OBSERVATION DU SUPERVISEUR

---

---

---

---

---

NOM DU SUPERVISEUR : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

