

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Nous effectuons une enquête sur le paludisme au Burkina Faso. Les informations que nous collectons aideront le pays à planifier les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Je voudrais vous poser quelques questions. L'enquête prend habituellement entre 20 et 30 minutes. Toutes les informations que vous nous donnez 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 nos questions car votre opinion est très importante. Si vous décidez de ne pas participer, il n'y aura aucun changement dans les services que vous pouvez recevoir des programmes de santé. 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 ou vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Si vous souhaitez plus d'informations sur n'importe quel aspect de 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 ?
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

No	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 CONNAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT 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 (2)	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, post primaire(6ème à 3ème), secondaire (2nd à 11e) ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 POST PRIMAIRE 2 SECONDAIRE 3 SUPÉRIEUR 4																															
106 (2)	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 '0'.	ANNÉE/CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Niveau</th> <th>Primaire=1</th> <th>Post primaire =2</th> <th>Secondaire=3</th> <th>Supérieur=4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="6">Classe</td> <td>CP1=1</td> <td>6è=1</td> <td>2nd=1</td> <td>1ère année=1</td> </tr> <tr> <td>CP2=2</td> <td>5è=2</td> <td>1ère=2</td> <td>2è année=2</td> </tr> <tr> <td>CE1=3</td> <td>4è=3</td> <td>11è=3</td> <td>3è année=3</td> </tr> <tr> <td>CE2=4</td> <td>3è=4</td> <td>FPB=4</td> <td>4è année=4</td> </tr> <tr> <td>CM1=5</td> <td>FPP=5</td> <td></td> <td>5è année+=5</td> </tr> <tr> <td>CM2=6</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Niveau	Primaire=1	Post primaire =2	Secondaire=3	Supérieur=4	Classe	CP1=1	6è=1	2nd=1	1ère année=1	CP2=2	5è=2	1ère=2	2è année=2	CE1=3	4è=3	11è=3	3è année=3	CE2=4	3è=4	FPB=4	4è année=4	CM1=5	FPP=5		5è année+=5	CM2=6					
Niveau	Primaire=1	Post primaire =2	Secondaire=3	Supérieur=4																													
Classe	CP1=1	6è=1	2nd=1	1ère année=1																													
	CP2=2	5è=2	1ère=2	2è année=2																													
	CE1=3	4è=3	11è=3	3è année=3																													
	CE2=4	3è=4	FPB=4	4è année=4																													
	CM1=5	FPP=5		5è année+=5																													
	CM2=6																																
107	VÉRIFIEZ 105: PRIMAIRE, POST PRIMAIRE <input type="checkbox"/> OU SECONDAIRE <input type="checkbox"/>	SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>	→ 109																														
108 (3)	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 DEMANDÉE 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 5																															
109	Quelle est votre religion ?	MUSULMANE 01 CATHOLIQUE 02 PROTESTANTE 03 TRADITIONNELLE/ANIMISTE 04 SANS RELIGION/AUCUNE 05 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)																															

SECTION 1 (SUITE). CONNAISSANCE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
115	<p>A votre avis, quelle est la principale cause du paludisme?</p> <p>PIQÛRE DE MOUSTIQUE</p> <p>INSISTER : Aucune autre façon ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>PIQÛRE DE MOUSTIQUE . . . A</p> <p>CONSOMMATION ABUSIVE D'HUILE B</p> <p>FATIGUE DUE AU TRAVAIL C</p> <p>INSUFFISANCE DU SOMMEIL D</p> <p>EXPOSITION DIRECTE AU SOLEIL . E</p> <p>CONSOMMATION DES MANGUES/ FRUITS SUCRE: F</p> <p>CONSOMMATION DE LAIT G</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
117	<p>Quels sont, selon vous, les symptômes du paludisme ?</p> <p>INSISTER : Autres symptômes?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>FIÈVRE A</p> <p>MANQUE D'APPÉTIT ET VOMISSEMENT: B</p> <p>TEMPÉRATURE ÉLEVÉE AVEC CONVULSIONS C</p> <p>TEMPÉRATURE ÉLEVÉE AVEC ÉVANOUISSEMENT D</p> <p>TEMPÉRATURE PERSISTANTE E</p> <p>CONVULSIONS F</p> <p>JAUNISSE G</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
118	<p>Quels sont les moyens efficaces pour prévenir le paludisme ?</p> <p>INSISTER : Aucun autre moyen ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE (NON TRAITEE) . A</p> <p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE (TRAITEE) B</p> <p>EN PRENANT DES MÉDICAMENTS PRÉVENTIFS C</p> <p>EN UTILISANT UN INSECTICIDE/ DIFFUSEURS/CRÈMES/ LOTIONS/RÉPULSIFS D</p> <p>EN UTILISANT UN SERPENTIN ANTI-MOUSTIQUES E</p> <p>DECOCTION/JUS DE PLANTE/RACINE A BOIRE A TITRE PREVENTIF . F</p> <p>EN NETTOYANT LES ENVIRONS . . G</p> <p>ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE . H</p> <p>GRILLAGES AUX FENETRES I</p> <p>EN UTILSANT UN SERPENTIN FUMIGENE J</p> <p>EN UTILISANT DES PLAQUETTES ELECTRIQUES K</p> <p>CLIMATISEURS/VENTILATEURS L</p> <p>POUDRE(EPANDAGE) M</p> <p>SE COUVRIR LE CORPS N</p> <p>AUTRE _____ W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
119	<p>Quels sont les moyens efficaces pour traiter le paludisme chez les enfants ?</p> <p>INSISTER : Aucun autre moyen ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) A</p> <p>SP/FANSIDAR B</p> <p>CHLOROQUINE C</p> <p>AMODIAQUINE D</p> <p>QUININE COMPRIMÉS E</p> <p>INJECTION/IV/IM F</p> <p>ARTESUNATE VOIE RECTALE G</p> <p>INJECTION/IV/IM H</p> <p>ARTEMETHER (INJECT.) I</p> <p>SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINE) J</p> <p>AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ K</p> <p>À PRÉCISER</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP L</p> <p>INJECTION/IV M</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS PARACETAMOL/ASPIRINE N</p> <p>ACETAMINOPHEN O</p> <p>IBUPROFEN P</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>À PRÉCISER</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	

SECTION 2. REPRODUCTION

No	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 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 pendant un très court moment ?	OUI 1 NON 2	→ 208								
207	a) Combien de garçons sont décédés ? b) Et combien de filles sont décédés ? 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"/>		→ 225								
211	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos naissances plus récentes. Combien de ces naissances avez-vous eues en 2012-2017? INSCRIVEZ LE TOTAL NOMBRE DE NAISSANCES EN 2012-2017.	TOTAL EN 2012-2017 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AUCUNE 00			→ 225						

SECTION 2. REPRODUCTION

212 Je voudrais maintenant enregistrer les noms de toutes les naissances que vous avez eues entre 2012-2017, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la naissance la plus récente. INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES ENTRE 2012-2017 À 213. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 10 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) enfant ? INSCRI-VEZ 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 ? INSCRI-VEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE NO DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (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"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (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"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	YES 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"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (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"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

213	214	215	216	217	218	219	220	221
<p>Quel nom a été donné à votre (dernier/ précédent) enfant ?</p> <p>INSCRI-VEZ LE NOM.</p> <p>NO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.</p>	<p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p>	<p>(NOM) est-il une naissance simple ou multiple ?</p>	<p>Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p>	<p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>218 SI EN VIE: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRI-VEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUTIONNAIRE.</p>	<p>219 SI EN VIE: (NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>220 SI EN VIE: INSCRIVEZ LE NO DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.</p>	<p>221 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 ?</p>
06	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"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
07	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"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
08	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"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
09	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"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
10	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"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis celle de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI 1 (INSCRIVEZ LA/LES NAISS. DANS LE TABLEAU) NON 2	
223	COMPAREZ 211 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS LE TABLEAU DES NAISSANCES NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> ↓ NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ) ←		
224 (4)	VÉRIFIEZ 216: INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES ENTRE 2012-2017	NOMBRE DE NAISSANCES <input type="text"/> AUCUNE 0	
225	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 227
226	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
227 (4)	VÉRIFIEZ 224: UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2012 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 301) ←	AUCUNE NAISSANCE ENTRE 2012-2017 <input type="checkbox"/> 224 EST NULL <input type="checkbox"/>	→ 429 → 429

304	Durant cette grossesse, avez-vous pris de la SP/Fansidar pour éviter le paludisme ? MONTRER LA PLAQUETTE SI POSSIBLE	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 307
305	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
305A	Combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar en présence de l'agent de santé ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
306	Vous a-t-on donné la SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé, durant une visite d'un agent de santé communautaire ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE DANS ÉTABLISSEMENT SANITAIRE 2 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 3 AUTRE SOURCE 6 (PRÉCISEZ)	
307 (4)	VÉRIFIEZ 216 ET 217: UN ENFANT VIVANT OU PLUS NÉ ENTRE 2012-2017 (ALLER À 401) ←	PAS D'ENFANT VIVANT NÉ ENTRE 2012-2017 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → 428

SECTION 4. FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS

401	VÉRIFIEZ 213: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 402 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 403 POUR CHAQUE NAISSANCE ENTRE 2012-2017. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE(S) ADDITIONNEL(S). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de vos enfants depuis Janvier 2012. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).		
402	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 213 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>
403	A PARTIR DES QUESTIONS 213 ET 217:	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 428) ←	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 428) ←
404	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 428) ←	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 428) ←
405	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
406	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 411) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 411) ←
407 (5)	Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT./CHU/CHR A CENTRE DE SANTÉ GOUVT./CENT. MEDIC. AVEC ANTENNE (CMA)/CM B CENTRE DE SANTÉ ET DE PROMOTION SOCIALE (CSPS)/DISP/MATERNIT... C AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ... D AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ E (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/POLYCLIN. PRIVÉ F PHARMACIE G MÉDECIN PRIVÉ/CAB. SOINS H CLINIQUE MOBILE I AGENT DE SANTÉ/ COMMUNAUTAIRE J AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ K (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE L TRADIPRATICIEN M MARCHÉ N VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS O AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT./CHU/CHR A CENTRE DE SANTÉ GOUVT./CENT. MEDIC. AVEC ANTENNE (CMA)/CM B CENTRE DE SANTÉ ET DE PROMOTION SOCIALE (CSPS)/DISP/MATERNIT... C AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ... D AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ E (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/POLYCLINI. PRIVÉ F PHARMACIE G MÉDECIN PRIVÉ/CAB. SOINS H CLINIQUE MOBILE I AGENT DE SANTÉ/ COMMUNAUTAIRE J AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ K (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE L TRADIPRATICIEN M MARCHÉ N VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS O AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)

408	VÉRIFIEZ 407:	DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉS ENCERCLÉ (ALLEZ À 410) ←	DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉS ENCERCLÉ (ALLEZ À 410) ←
409	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 407.	PREMIER ENDROIT..... <input type="checkbox"/>	PREMIER ENDROIT..... <input type="checkbox"/>
410	Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>
411	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 427) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 427) ← NE SAIT PAS 8
412	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? Aucun autre médicament ? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) .. A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D QUININE COMPRIMÉS..... E INJECTION/IV/IM F ARTESUNATE VOIE RECTALE G INJECTION/IV/IM H ARTEMETHER (INJECT.) .. I SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINE) J AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ K (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP L INJECTION/IV M AUTRES MÉDICAMENTS PARACETAMOL/ASPIRINE .. N ACETAMINOPHEN O IBUPROFEN P AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) .. A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D QUININE COMPRIMÉS..... E INJECTION/IV/IM F ARTESUNATE VOIE RECTALE G INJECTION/IV/IM H ARTEMETHER (INJECT.) .. I SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINE) J AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ K (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP L INJECTION/IV M AUTRES MÉDICAMENTS PARACETAMOL/ASPIRINE .. N ACETAMINOPHEN O IBUPROFEN P AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z
413	VÉRIFIEZ 412: Y A-T-IL UN CODE A-K ENCERCLÉ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 428) ←	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 428) ←

414	VÉRIFIEZ 412: COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE ('A') DONNÉE	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 416) ←	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 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 FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
416	VÉRIFIEZ 412: SP ('B') DONNÉE	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 418) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 418) ←
417	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la SP/Fansidar ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8

418	VÉRIFIEZ 412: CHLOROQUINE ('C') DONNÉE	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 420) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 420) ←
419	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Chloroquine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
420	VÉRIFIEZ 412: AMODIAQUINE ('D') DONNÉE	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 422) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 422) ←
421	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
422	VÉRIFIEZ 412: QUININE ('E-F') DONNÉE	CODE 'E-F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'E-F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 424) ←	CODE 'E-F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'E-F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 424) ←
423	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
424	VÉRIFIEZ 412: ARTESUNATE ('G-H') DONNÉE	CODE 'G-H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'G-H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 425A) ←	CODE 'G-H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'G-H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 425A) ←
425	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'artesunate?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
425A	VÉRIFIEZ 412: ARTEMETHER ('I') DONNÉE	CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 425C) ←	CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 425C) ←
425B	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'artemether?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
425C	VÉRIFIEZ 412: SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINE) ('J') DONNÉE	CODE 'J' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'J' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 426) ←	CODE 'J' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'J' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 426) ←
425D	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de SP/Fansidar et Amodiaquine (combiné)?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8

426	VÉRIFIEZ 412: AUTRE ANTIPALUDIQUE ('K') DONNÉ	CODE 'K' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'K' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 428)*	CODE 'K' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'K' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 428)*
427	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre un (AUTRE ANTIPALUDIQUE) ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
428		RETOURNEZ À 403 À LA COLONNE SUIVANTE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 429.	RETOURNEZ À 403 À LA COLONNE SUIVANTE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 429.
429	ENRIGISTREZ 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

NOM DU CHEF D'EQUIPE _____ DATE _____

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

NOM DU SUPERVISEUR _____ DATE _____