

**ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME AU BURKINA FASO  
(EIPBF - 2017)  
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 (1)					
NOM DE LA LOCALITÉ	_____				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE	_____				
NUMÉRO DE GRAPPE	_____	_____	_____	_____	_____
NUMERO DE CONCESSION .....	_____	_____	_____	_____	_____
NUMÉRO DU MÉNAGE	_____	_____	_____	_____	_____
RÉGION ADMINISTRATIVE	_____	_____	_____	_____	_____
PROVINCE	_____	_____	_____	_____	_____
DISTRICT SANITAIRE	_____	_____	_____	_____	_____
MILIEU (URBAIN =1, RURAL =2)	_____	_____	_____	_____	_____
MILIEU DETAILLE (OUAGADOUGOU =1, AUTRES VILLES=2, RURAL=3)	_____	_____	_____	_____	_____
VISITES D'ENQUÊTEURS					
	1	2	3	VISITE FINALE	
DATE	_____	_____	_____	JOUR	_____
				MOIS	_____
NOM DE L'ENQUÊTEUR/ ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	ANNÉE	2 0 1 7
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	Code ENQUÊTRICE	_____
PROCHAINE VISITE	DATE _____	_____		RÉSULTAT*	_____
	HEURE _____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES	_____
*CODES RÉSULTAT :				TOTAL DE PERSONNES DANS LE MÉNAGE	_____
1	REPLI			TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES	_____
2	PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT À LA MAISON, AU MOMENT DE LA VISITE			No DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR LE QUESTION- NAIRE MÉNAGE	_____
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)				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	0 1	LANGUE DE L'INTERVIEW**	_____	LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ**	_____
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<b>FRANÇAIS</b>		**CODES LANGUES :	TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2)	_____
			01 FRANÇAIS	04 DIOULA	07 DAGARA
			02 MOORE	05 GULMANTCHEMA	08 AUTRES
			03 PEUHL/FULFULDE	06 BISSA	(PRÉCISEZ)
CHIEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU		AGENT DE SAISIE		
_____	_____		_____		
NOM	NOM		NOM		

CETTE PAGE EST LAISSÉE BLANCHE INTENTIONNELLEMENT

## PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_. Je travaille pour INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (INSD). Nous effectuons une enquête sur le paludisme dans tout le pays. Les informations que nous collectons aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Je voudrais vous poser quelques questions sur votre ménage. Les questions prennent habituellement entre 15 et 20 minutes.

Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et ne seront transmises à personne d'autre 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 aux 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 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" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
		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><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				

TABLEAU MÉNAGE

No LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU + ETAT MATRIMONIAL	ÉLIGIBILITÉ	
				5	6			7 B	8
1	2	3	4	5	6	7	7 B	8	9
	<p>S'il vous plaît, 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 APPRO- PRIÉES DES COLONNES 5-9 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, NOTEZ '95'.</p>	<p>Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?</p> <p>1 = MARIE OU VIVANT ENSEMBLE</p> <p>2 = DIVORCE / SEPARÉ</p> <p>3 = VEUVE/ VEUF</p> <p>4 = JAMAIS MARIE ET N'A JAMAIS VECU AVEC QUELQU'UN</p>	<p>ENCER- CLEZ LE No DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS</p>	<p>ENCER- CLEZ LE No 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="text"/>	01	01
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	02	02
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	03	03
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	04	04
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05	05
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	06	06
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	07	07
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	08	08
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	09	09
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10	10

2A) Juste pour être sûre 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  
 02 = FEMME OU MARI  
 03 = FILS OU FILLE  
 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE  
 05 = PETIT FILS/FILLE  
 06 = PÈRE/MÈRE

07 = BEAU-PARENT  
 08 = FRÈRE OU SOEUR  
 09 = AUTRE PARENT  
 10 = ADOPTÉ /EN GARDE/ ENFANT DE LA FEMME/MARI  
 11 = SANS PARENTÉ  
 98 = NE SAIT PAS

**TABLEAU MÉNAGE**

No LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU + ETAT MATRIMONIAL	ÉLIGIBILITÉ	
				5	6			7	7 B
1	2	3	4	5	6	7	7 B	8	9
	<p>S'il vous plaît, 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 APPRO- PRIÉES DES COLONNES 5-9 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, NOTEZ '95'.</p>	<p>Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?</p> <p>1 = MARIE OU VIVANT ENSEMBLE</p> <p>2= DIVORCE / SEPARÉ</p> <p>3= VEUVE/ VEUF</p> <p>4= JAMAIS MARIE ET N'A JAMAIS VECU AVEC QUELQU'UN</p>	<p>ENCER- CLEZ LE No DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS</p>	<p>ENCER- CLEZ LE No DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS</p>
11		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <input type="text"/>	<input type="text"/>	11	11
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	12	12
13		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	13	13
14		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	14	14
15		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	15	15
16		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	16	16
17		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	17	17
18		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	18	18
19		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	19	19
20		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20	20
<p>COCHEZ ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST <input type="checkbox"/> UTILISÉE</p>									

**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 PARENT                              |
| 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE | 10 = ADOPTÉ /EN GARDE/ ENFANT DE LA FEMME/MARI |
| 05 = PETIT FILS/FILLE      | 11 = SANS PARENTÉ                              |
| 06 = PÈRE/MÈRE             | 98 = NE SAIT PAS                               |





CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLEZ À
114 (5)	Dans ce ménage, avez-vous :	OUI      NON		
	a) L'électricité ?	a) ÉLECTRICITÉ ..... 1	2	
	b) Un poste radio ?	b) RADIO ..... 1	2	
	c) Une télévision ?	c) TÉLÉVISION ..... 1	2	
	d) Un téléphone fixe ?	d) TÉLÉPHONE FIXE ..... 1	2	
	e) Un ordinateur ?	e) ORDINATEUR ..... 1	2	
	f) Un réfrigérateur / congélateur ?	f) RÉFRIGÉRATEUR/ CONGELA... 1	2	
	g) Une table / chaise ?	g) TABLE / CHAISE ..... 1	2	
	h) Une armoire / bibliothèque ?	h) ARMOIRE / BIBLIOTHEQUI... 1	2	
	i) Une cuisinière / rechaud ?	i) CUISINIÈRE/ RECHAUD ..... 1	2	
	j) Un fusil de chasse ?	j) FUSIL DE CHASSE ..... 1	2	
	k) Une charrue ?	k) CHARRUE ..... 1	2	
115	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	
	h) Une pirogue ?	h) PIROGUE ..... 1	2	
116	Est-ce qu'un membre de votre ménage a un compte en banque ?	OUI ..... 1	2	
		NON ..... 2		
119	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI ..... 1	2	→ 131
	NON ..... 2			
120	Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il ?			
	SI 7 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES .....	<input type="text"/>	

**MOUSTIQUAIRES**

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
121	DEMANDEZ À L'ENQUÊTE DE VOUS MONTRER TOUTES LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE. SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S)	OBSERVÉE ..... 1 NON OBSERVÉE .. 2	OBSERVÉE ..... 1 NON OBSERVÉE .. 2	OBSERVÉE ..... 1 NON OBSERVÉE .. 2
122	Cela fait combien de mois que votre ménage a la moustiquaire ?  SI MOINS D'UN MOIS, NOTEZ '00'.	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS .....  PLUS DE 36 MOIS ..... 95  PAS SÛR ..... 98	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS .....  PLUS DE 36 MOIS ..... 95  PAS SÛR .....	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS .....  PLUS DE 36 MOIS ..... 95  PAS SÛR ..... 98
123	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'ENQUÊTE DES PHOTOS DE MARQUES ET DE TYPES COURANTS DE MOUSTIQUAIRE.	<b>MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE À LONGUE DURÉE D'ACTION (MILDA)</b> OLYSET ..... 11 PERMANET ..... 12 INTERCEPTOR ..... 13 SERENA ..... 14 DURANET ..... 15 AUTRE/NE CONNAIT PAS LA MARQUE ..... 20  AUTRE TYPE ..... 96 NE CONNAÎT PAS TYPE ..... 98	<b>MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE À LONGUE DURÉE D'ACTION (MILDA)</b> OLYSET ..... 11 PERMANET ..... 12 INTERCEPTOR ..... 13 SERENA ..... 14 DURANET ..... 15 AUTRE/NE CONNAIT PAS LA MARQUE ..... 20  AUTRE TYPE ..... 96 NE CONNAÎT PAS TYPE ..... 98	<b>MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE À LONGUE DURÉE D'ACTION (MILDA)</b> OLYSET ..... 11 PERMANET ..... 12 INTERCEPTOR ..... 13 SERENA ..... 14 DURANET ..... 15 AUTRE/NE CONNAIT PAS LA MARQUE ..... 20  AUTRE TYPE ..... 96 NE CONNAÎT PAS TYPE ..... 98
126 (6)	Avez-vous obtenu la moustiquaire à l'occasion de campagne de 2010 (C'est-à-dire il y a 7 ans), de 2013 (c'est-à-dire il y a 4 ans) ou de 2016 (c'est à dire il y a 1 an), durant une visite prénatale ou au cours d'une visite pour une vaccination ?	OUI, CAMPAG. 2010 ... 1 OUI, CAMPAG. 2013 ... 2 OUI, CAMPAG. 2016 ... 3 OUI, CAMP. MAIS NSP ... 4 OUI, PRÉNATALE ... 5 OUI, VISITE POUR VACCINATION ... 6 (ALLEZ À 128) ← NON ..... 7	OUI, CAMPAG. 2010 ... 1 OUI, CAMPAG. 2013 ... 2 OUI, CAMPAG. 2016 ... 3 OUI, CAMP. MAIS NSP ... 4 OUI, PRÉNATALE ... 5 OUI, VISITE POUR VACCINATION ... 6 (ALLEZ À 128) ← NON ..... 7	OUI, CAMPAG. 2010 ... 1 OUI, CAMPAG. 2013 ... 2 OUI, CAMPAG. 2016 ... 3 OUI, CAMP. MAIS NSP ... 4 OUI, PRÉNATALE ... 5 OUI, VISITE POUR VACCINATION ... 6 (ALLEZ À 128) ← NON ..... 7
127	Où avez-vous obtenu la moustiquaire ?	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DU GOV ..... 01 ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ ..... 02 PHARMACIE ..... 03 BOUTIQUE/MARCH ..... 04 AGENT SANTÉ COMMUNETAIRE. ... 05 INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 06 ÉCOLE ..... 07 AUTRE ..... 96 NE SAIT PAS ..... 98	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DU GOV ..... 01 ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ ..... 02 PHARMACIE ..... 03 BOUTIQUE/MARCH ..... 04 AGENT SANTÉ COMMUNETAIRE. ... 05 INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 06 ÉCOLE ..... 07 AUTRE ..... 96 NE SAIT PAS ..... 98	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DU GOV ..... 01 ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ ..... 02 PHARMACIE ..... 03 BOUTIQUE/MARCH ..... 04 AGENT SANTÉ COMMUNETAIRE. ... 05 INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 06 ÉCOLE ..... 07 AUTRE ..... 96 NE SAIT PAS ..... 98
128	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 130) ← PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 130) ← PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 130) ← PAS SÛR ..... 8
129	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?  INSCRIVEZ LE NOM DE LA PERSONNE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DU TABLEAU MÉNAGE.	NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
130		RETOURNEZ À 121 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS DE MOUSTIQUAIRE, ALLEZ À Q.131.	RETOURNEZ À 121 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS DE MOUSTIQUAIRE, ALLEZ À Q.131.	RETOURNEZ À 121 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS DE MOUSTIQUAIRE, ALLEZ À Q.131.

AUTRES CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
131 (3)	OBSERVEZ LE PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL DU LOGEMENT.  NOTEZ L'OBSERVATION	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> TERRE/SABLE ..... 11 BOUSE ..... 12 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> PLANCHES EN BOIS ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> PARQUET OU BOIS CIRÉ ..... 31 BANDES DE VINYLE/ASPHALTE ..... 32 CARRELAGE/CARREAUX ..... 33 CIMENT ..... 34 MOQUETTE ..... 35  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
132 (3)	OBSERVEZ LE PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT DU LOGEMENT.  NOTEZ L'OBSERVATION.	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> PAS DE TOIT ..... 11 CHAUME/PALMES/FEUILLES ..... 12 MOTTES DE TERRE ..... 13 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> NATTE ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 PLANCHES EN BOIS ..... 23 CARTON ..... 24 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> TÔLE ..... 31 BOIS ..... 32 ZINC/FIBRE DE CIMENT ..... 33 TUILES ..... 34 CIMENT ..... 35 SHINGLES ..... 36  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
133 (3)	OBSERVEZ LE PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS EXTÉRIEURS DU LOGEMENT.  NOTEZ L'OBSERVATION.	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> PAS DE MUR ..... 11 BAMBOU/CANE/PALME/TRONC ..... 12 TERRE ..... 13 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> BAMBOU AVEC BOUE ..... 21 PIERRES AVEC BOUE ..... 22 ADOBE NON RECOUVERT ..... 23 CONTRE-PLAQUÉ ..... 24 CARTON ..... 25 BOIS DE RÉCUPÉRATION ..... 26 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> CIMENT ..... 31 PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT ..... 32 BRIQUES ..... 33 BLOCS DE CIMENT ..... 34 ADOBE RECOUVERT ..... 35 PLANCHE EN BOIS/SHINGLES ..... 36  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

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

201	VÉRIFIEZ LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.202; S'IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.	AU MOINS 1 ENFANT DE 0-5 <input type="checkbox"/> AUCUN ENFANT DE 0-5 <input type="checkbox"/> → ALLER À 231		
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
202	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .  NOM DE LA COLONNE 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE ) DU TABLEAU 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"/> <input type="text"/>	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"/>	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"/>
204 (2)	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2012 OU PLUS TARD?	OUI ..... 1 NON ..... 2 } (PASSEZ À 230) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 } (PASSEZ À 230) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 } (PASSEZ À 230) ←
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 } (PASSEZ À 230) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 } (PASSEZ À 230) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 } (PASSEZ À 230) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2
206	No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE)	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)
207 (2)	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE	Dans cette enquête, nous demandons à des gens 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'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2012, 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. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?		
208	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉ ..... 1 } _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 } ABSENTE/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 } _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 } ABSENTE/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 } _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 } ABSENTE/AUTRE ..... 3

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

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____	NOM _____	NOM _____

209 (2)	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE	<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 le paludisme. 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. Nous demandons que tous les enfants nés en 2012 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). 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. 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, SIGNEZ, ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ ..... 1 ] REFUS ..... 2 ]  (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE .... 3	ACCORDÉ ..... 1 ] REFUS ..... 2 ]  (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE .... 3	ACCORDÉ ..... 1 ] REFUS ..... 2 ]  (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE .... 3
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).			

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

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____

212 (3)	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE</div> <p>ABSENTE ... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996</p> <p>COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.</p>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE</div> <p>ABSENTE ... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996</p> <p>COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.</p>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE</div> <p>ABSENTE ... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996</p> <p>COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.</p>
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	ENCERCLER 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 (OM... 2 POSITIF FP/(OMV/PAN... 3 (PASSEZ À 218) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM ... 1 POSITIF ESPECES (OM... 2 POSITIF FP/(OMV/PAN... 3 (PASSEZ À 218) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM ... 1 POSITIF ESPECES (OM... 2 POSITIF FP/(OMV/PAN... 3 (PASSEZ À 218) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6

**VÉRIFICATION ANÉMIE SÉVÈRE CHEZ LES ENFANTS SANS PALU**

216	VÉRIFIEZ 213: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 230) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 230) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 230) ←
217	<b><u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></b> ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST D'HÉMOGLOBINE DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE	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.  (PASSEZ À 230)		

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

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____	NOM _____	NOM _____

**VÉRIFICATION PALU GRAVE**

218 (4)	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:	OUI NON	OUI NON	OUI NON
	a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême?	a) PROSTRATION 1 2	a) PROSTRATION 1 2	a) PROSTRATION 1 2
	b) Problèmes cardiaques	b) PROBELMES 1 2 CARDIAQUES	b) PROBELMES 1 2 CARDIAQUES	b) PROBELMES 1 2 CARDIAQUES
	c) Perte de conscience?	c) PERTE 1 2 CONSCIENCE	c) PERTE 1 2 CONSCIENCE	c) PERTE 1 2 CONSCIENCE
	d) Insuffisance respiratoire sévère?	d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRI 1 2	d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRI 1 2	d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRI 1 2
	e) Convulsions?	e) CONVULSIONS 1 2	e) CONVULSIONS 1 2	e) CONVULSIONS 1 2
	f) Saignements anormaux?	f) SAIGNEMENTS 1 2	f) SAIGNEMENTS 1 2	f) SAIGNEMENTS 1 2
	g) Ictère/jaunisse (avec coloration des yeux)?	g) ICTÈRE/ JAUNISSE 1 2	g) ICTÈRE/ JAUNISSE 1 2	g) ICTÈRE/ JAUNISSE 1 2
	h) Urine noire ou brune?	h) URINE NOIRE/BF 1 2	h) URINE NOIRE/BF 1 2	h) URINE NOIRE/BF 1 2
219	VÉRIFIEZ 218: Y A-T-IL UN 'OUI' ENCIRCLÉ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 222) ←	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 222) ←	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 222) ←

**VÉRIFICATION ANÉMIE SÉVÈRE CHEZ LES ENFANTS AVEC PALU SIMPLE**

220	VÉRIFIEZ 213: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 (PASSEZ À 222) ← 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 (PASSEZ À 222) ← 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 (PASSEZ À 222) ← 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6
221 (5)	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI ..... 1 (PASSEZ À 223) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 224) ←	OUI ..... 1 (PASSEZ À 223) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 224) ←	OUI ..... 1 (PASSEZ À 223) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 224) ←

**ENFANTS AVEC PALU GRAVE**

222	<b><u>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u></b> ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	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. (PASSEZ À 228)
223 (5)	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE L'CTA.	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une 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 de CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis. (PASSEZ À 230)

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

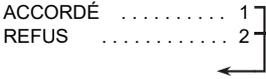
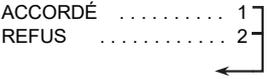
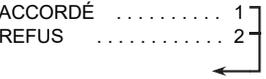
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3								
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>								
		NOM .....	NOM .....	NOM .....								
224 (2)	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 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 plait, si vous acceptez, ou non, le médicament.										
225	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (SIGNATURE) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (SIGNATURE) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (SIGNATURE) ←								
226	VÉRIFIEZ 225: MÉDICAMENT ACCEPTÉ	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 230) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 230) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 230) ←								
227	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<table border="0" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%; vertical-align: top;"> <b>Enfants de moins de 1 an</b>  Comprimé d'Artéméthér- luméfantrine (AL), 20 mg/120 mg                 </td> <td style="width:25%; vertical-align: top; border-right: 1px dashed black;"> <b>Jour 1</b> (1/2 comprimé deux fois par jour)                 </td> <td style="width:25%; vertical-align: top; border-right: 1px dashed black;"> <b>Jour 2</b> (1/2 comprimé deux fois par jour)                 </td> <td style="width:25%; vertical-align: top;"> <b>Jour 3</b> (1/2 comprimé deux fois par jour)                 </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <b>Enfants de 1-5 ans</b>  Comprimé d'Artéméthér- luméfantrine (AL), 20 mg/120 mg                 </td> <td style="vertical-align: top; border-right: 1px dashed black;"> <b>Jour 1</b> (1 comprimés deux fois par jour)                 </td> <td style="vertical-align: top; border-right: 1px dashed black;"> <b>Jour 2</b> (1 comprimés deux fois par jour)                 </td> <td style="vertical-align: top;"> <b>Jour 3</b> (1 comprimés deux fois par jour)                 </td> </tr> </table> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p> <p>(PASSEZ À 230)</p>			<b>Enfants de moins de 1 an</b>  Comprimé d'Artéméthér- luméfantrine (AL), 20 mg/120 mg	<b>Jour 1</b> (1/2 comprimé deux fois par jour)	<b>Jour 2</b> (1/2 comprimé deux fois par jour)	<b>Jour 3</b> (1/2 comprimé deux fois par jour)	<b>Enfants de 1-5 ans</b>  Comprimé d'Artéméthér- luméfantrine (AL), 20 mg/120 mg	<b>Jour 1</b> (1 comprimés deux fois par jour)	<b>Jour 2</b> (1 comprimés deux fois par jour)	<b>Jour 3</b> (1 comprimés deux fois par jour)
<b>Enfants de moins de 1 an</b>  Comprimé d'Artéméthér- luméfantrine (AL), 20 mg/120 mg	<b>Jour 1</b> (1/2 comprimé deux fois par jour)	<b>Jour 2</b> (1/2 comprimé deux fois par jour)	<b>Jour 3</b> (1/2 comprimé deux fois par jour)									
<b>Enfants de 1-5 ans</b>  Comprimé d'Artéméthér- luméfantrine (AL), 20 mg/120 mg	<b>Jour 1</b> (1 comprimés deux fois par jour)	<b>Jour 2</b> (1 comprimés deux fois par jour)	<b>Jour 3</b> (1 comprimés deux fois par jour)									
228	VÉRIFIEZ 213: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . . 2 ABSENT . . . . . 3 REFUS . . . . . 4 AUTRE . . . . . 6 (PASSEZ À 230) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . . 2 ABSENT . . . . . 3 REFUS . . . . . 4 AUTRE . . . . . 6 (PASSEZ À 230) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . . 2 ABSENT . . . . . 3 REFUS . . . . . 4 AUTRE . . . . . 6 (PASSEZ À 230) ←								
229	<b><u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></b> ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME	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.										
230	RETOURNEZ À 203 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA 1ERE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER A 231.											
231	NOTEZ L'HEURE.	HEURES ..... <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> MINUTES ..... <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>										

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS (SUITE)

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
202	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .  NOM DE LA COLONNE 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... # <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE ) DU TABLEAU 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"/> <input type="text"/>	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"/>	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"/>
204 (2)	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2012 OU PLUS TARD?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 230) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 230) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 230) ←
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 (PASSEZ À 230) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (PASSEZ À 230) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (PASSEZ À 230) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2
206	No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE)	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)
207 (2)	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE	Dans cette enquête, nous demandons à des gens 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'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2012, 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. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?		
208	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉ ..... 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3

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

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____	NOM _____	NOM _____

209 (2)	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE	<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 le paludisme. 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. Nous demandons que tous les enfants nés en 2012 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). 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. 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, SIGNEZ, ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2  (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE .... 3	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2  (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE .... 3	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2  (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE .... 3
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).			

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

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
212 (3)	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE</div> ABSENTE ... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE</div> ABSENTE ... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE</div> ABSENTE ... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3e ÉTIQUETTE 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	ENCERCLER 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 (OM... 2 POSITIF FP/(OMV/PAN... 3 (PASSEZ À 218) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM ... 1 POSITIF ESPECES (OM... 2 POSITIF FP/(OMV/PAN... 3 (PASSEZ À 218) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM ... 1 POSITIF ESPECES (OM... 2 POSITIF FP/(OMV/PAN... 3 (PASSEZ À 218) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6
<b>VÉRIFICATION ANÉMIE SÉVÈRE CHEZ LES ENFANTS SANS PALU</b>				
216	VÉRIFIEZ 213: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 230) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 230) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 230) ←
217	<b><u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></b> ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST D'HÉMOGLOBINE DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE	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.  (PASSEZ À 230)		

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

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____	NOM _____	NOM _____

VÉRIFICATION PALU GRAVE				
218 (4)	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:	OUI NON	OUI NON	OUI NON
	a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême?	a) PROSTRATION 1 2	a) PROSTRATION 1 2	a) PROSTRATION 1 2
	b) Problèmes cardiaques	b) PROBELMES 1 2 CARDIAQUES	b) PROBELMES 1 2 CARDIAQUES	b) PROBELMES 1 2 CARDIAQUES
	c) Perte de conscience?	c) PERTE 1 2 CONSCIENCE	c) PERTE 1 2 CONSCIENCE	c) PERTE 1 2 CONSCIENCE
	d) Insuffisance respiratoire sévère?	d) INSUFFISANCE 1 2 RESPIRATOIRI	d) INSUFFISANCE 1 2 RESPIRATOIRI	d) INSUFFISANCE 1 2 RESPIRATOIRI
	e) Convulsions?	e) CONVULSIONS 1 2	e) CONVULSIONS 1 2	e) CONVULSIONS 1 2
	f) Saignements anormaux?	f) SAIGNEMENTS 1 2	f) SAIGNEMENTS 1 2	f) SAIGNEMENTS 1 2
	g) Ictère/jaunisse (avec coloration des yeux)?	g) ICTÈRE/ 1 2 JAUNISSE	g) ICTÈRE/ 1 2 JAUNISSE	g) ICTÈRE/ 1 2 JAUNISSE
	h) Urine noire ou brune?	h) URINE NOIRE/BF 1 2	h) URINE NOIRE/BF 1 2	h) URINE NOIRE/BF 1 2
219	VÉRIFIEZ 218: Y A-T-IL UN 'OUI' ENCIRCLÉ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
		(PASSEZ À 222) ←	(PASSEZ À 222) ←	(PASSEZ À 222) ←

VÉRIFICATION ANÉMIE SÉVÈRE CHEZ LES ENFANTS AVEC PALU SIMPLE				
220	VÉRIFIEZ 213: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 ] (PASSEZ À 222) ← 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 ] (PASSEZ À 222) ← 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 ] (PASSEZ À 222) ← 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6
221 (5)	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI ..... 1 ] (PASSEZ À 223) ← NON ..... 2 ] (PASSEZ À 224) ←	OUI ..... 1 ] (PASSEZ À 223) ← NON ..... 2 ] (PASSEZ À 224) ←	OUI ..... 1 ] (PASSEZ À 223) ← NON ..... 2 ] (PASSEZ À 224) ←

ENFANTS AVEC PALU GRAVE	
222	<b><u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u></b> ENREGISTRER LE RÉSULTAT DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.
	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. (PASSEZ À 228)
223 (5)	<b>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRÉNANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE L'CTA.</b>
	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une 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 de CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis. (PASSEZ À 230)

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

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	VÉRIFIEZ LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL. 9.	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
		NOM .....	NOM .....	NOM .....
224 (2)	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 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.		
225	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 ← (SIGNATURE) REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 ← (SIGNATURE) REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 ← (SIGNATURE) REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6
226	VÉRIFIEZ 225: MÉDICAMENT ACCEPTÉ	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 ← (PASSEZ À 230)	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 ← (PASSEZ À 230)	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 ← (PASSEZ À 230)
227	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<p><b>Enfants de moins de 1 an</b> Comprimé d'Artéméthér-luméfantrine (AL), 20 mg/120 mg</p> <hr/> <p><b>Enfants de 1-5 ans</b> Comprimé d'Artéméthér-luméfantrine (AL), 20 mg/120 mg</p>	<p><b>Jour 1 (1/2 comprimé deux fois par jour)</b></p> <hr/> <p><b>Jour 2 (1/2 comprimé deux fois par jour)</b></p>	<p><b>Jour 3 (1/2 comprimé)</b></p> <hr/> <p><b>Jour 3 (1 comprimés deux fois par jour)</b></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 têter, 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. (PASSEZ À 230)		
228	VÉRIFIEZ 213: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 ← (PASSEZ À 230)	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 ← (PASSEZ À 230)	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 ← (PASSEZ À 230)
229	<b>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</b> ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME	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.		
230	RETOURNEZ À 203 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA 1ÈRE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER A 231.			
231	NOTEZ L'HEURE.	HEURES .....	<input style="width:40px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>	
		MINUTES .....	<input style="width:40px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>	

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR/ENQUETRICE  
À REMPLIR, UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUETEE

---

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIERES

---

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES

---

---

---

---

---

---

---

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

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

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

---

---

---

---

---

---

---

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