

**ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME
EIPMD 2011
QUESTIONNAIRE FEMME**

RÉPUBLIQUE DE MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE
ET DES STATISTIQUES SOCIALES

IDENTIFICATION																									
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>GRAPPE</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>MÉNAGE</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>RÉGION</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>COMMUNE</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>RÉSIDENCE</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>N° DE LIGNE</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	GRAPPE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MÉNAGE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RÉGION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COMMUNE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RÉSIDENCE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N° DE LIGNE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GRAPPE		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
MÉNAGE		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
RÉGION		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
COMMUNE		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
RÉSIDENCE		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
N° DE LIGNE		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																									
NUMÉRO DE GRAPPE _____																									
NUMÉRO DE MÉNAGE _____																									
RÉGION _____																									
COMMUNE _____																									
VILLE/RURAL (VILLE=1, RURAL=2) _____																									
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____																									

VISITES D'ENQUÊTRICE												
	1	2	3	VISITE FINALE								
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>											
<input type="text"/>	<input type="text"/>											
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>											
<input type="text"/>	<input type="text"/>											
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	2	0	1	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	0	1	1									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____		NOM <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
	_____	_____		RÉSULTAT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>											
<input type="text"/>	<input type="text"/>											
*CODES RÉSULTAT 1 REMPLI 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT REMPLI 7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ (PRÉCISEZ)												

CHEF D'ÉQUIPE	NOM _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	DATE _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

CONSENTEMENT INFORMÉ

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour Institut National de la Statistique. Nous effectuons une enquête sur le paludisme dans tout Madagascar. 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 10 et 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête.

Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre à 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.

Mr. RABEZA Victor, Institut National des Statistiques (INSTAT). Tél: 0340755950

Dr. RAKOTONIRAINY Hortense, Programme Nationale de Lutte contre la Malaria (PNLP). Tél: 0331161498

Mr. RAKOTORAHALAY Andry, Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Tél: 0331463102

Avez-vous des questions ?

Puis-je commencer l'interview maintenant ?

Signature de l'enquêtrice: _____ Date : _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE 1 L'ENQUÊTÉE REFUSE D'ÊTRE INTERVIEWÉE 2 → FIN

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
101	ENREGISTREZ L'HEURE	HEURE <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 108
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2 ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1 2 SECONDAIRE 2 3 SUPÉRIEUR 4	
106	Quelle est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée avec succès à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/>	

NIVEAU	NIVEAU D'ÉDUCATION			
	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1	SECONDAIRE 2	SUPÉRIEUR
CLASSE	0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE			
	T1 = 1 T2 = 2 T3 = 3 T4 = 4 T5 = 5 NSP = 8	T6 = 6ème = 1 T7 = 5ème = 2 T8 = 4ème = 3 T9 = 3ème = 4 NSP = 8	T10 = 2nd = 1 T11 = 1ère = 2 T12 = Terminale = 3 NSP = 8	1ère année = 1 2ème année = 2 3ème année = 3 4ème année = 4 5ème année ou += 5 NSP = 8

SECTION 2. REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER 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 filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	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> 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	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	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> 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 une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTER : Aucun bébé qui a crié ou montré un signe de vie mais qui n'a pas survécu ?	OUI 1 NON 2	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	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> 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 Q. 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL.	AUCUNE 00 TOTAL DE NAISSANCES ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			→ 224						
209	VÉRIFIER 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	VÉRIFIER 208 : UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> Cet enfant est-il né dans les six dernières années? DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> Combien de ces enfants sont nés dans les six dernières années? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	AUCUN 00 TOTAL DANS LES SIX DERNIÈRES ANNÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			→ 224						

211 Je voudrais maintenant enregistrer les noms de toutes les naissances que vous avez eues au cours des six dernières années, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la naissance la plus récente.

ENREGISTREZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES DES SIX DERNIÈRES ANNÉES À Q.212. ENREGISTREZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre (dernier/précédent) enfant ? (NOM)	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année, (NOM) est-il/elle né ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	SI EN VIE : NOTER LE NUMERO 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) et (NOM) DE LA NAISSANCE DE LA LIGNE PRÉCÉDENTE ?
01	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ... 1 NON .. 2 ↓ (NAISS. SUIVANTE)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON .. 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISS.SUIV.)	
02	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ... 1 NON .. 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON .. 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
03	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ... 1 NON .. 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON .. 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
04	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ... 1 NON .. 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON .. 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
05	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ... 1 NON .. 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON .. 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
06	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ... 1 NON .. 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON .. 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
07	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ... 1 NON .. 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON .. 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
221	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis celle de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, ENREGISTREZ LA/LES NAISSANCE(S) DANS LE TABLEAU DES NAISSANCES.	OUI 1 NON 2	
222	<p>COMPAREZ 210 AU NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS ET COCHEZ :</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/></p> <p>NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ)</p>		
223	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2006 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTREZ '0'.		<input type="checkbox"/>
224	Êtes-vous actuellement enceinte ?	1 OUI 1 2 NON 2 8 PAS SÛRE 8	<input type="checkbox"/> → 226
225	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
226	VÉRIFIEZ 223 : UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2006 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> PAS DE NAISSANCES EN 2006 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>		401

SECTION 3A. GROSSESSE ET TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
301	NOTEZ LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE À 302. Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre dernière grossesse au cours des 6 dernières années.		
302	SELON Q. 212 ET Q. 216 (LIGNE 01)	DERNIÈRE NAISSANCE : NOM: _____ VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ DÉCÉDÉE <input type="checkbox"/> ↓	
303	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 305) ←	
304	Qui avez-vous vu ? Personne d'autre ? INSISTEZ POUR IDENTIFIER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ ASSISTANT MEDICAL B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE NON FORMÉE D AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y	
305	Au cours de cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour prévenir le paludisme ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 315
306	Quels médicaments avez-vous pris pour prévenir le paludisme ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ, MONTREZ DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.	TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT (SP/FANSIDAR) ... A CHLOROQUINE B QUININE C AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	
307	VÉRIFIER 306 : TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT (SP/FANSIDAR) PRIS CONTRE LE PALUDISME	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'A' NON ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/> → 312	
308	Combien de fois avez-vous pris le traitement préventif intermittent (SP/Fansidar) pendant cette grossesse ? SI 6 FOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '6'	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SE SOUVENT PAS 8	
309	Combien de comprimés avez-vous pris chaque fois? SI 6 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '6'	NOMBRE DE COMPRIMÉS <input type="text"/> NE SE SOUVENT PAS 8	
310	VÉRIFIER 304 : SOINS PRÉNATALS D'UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ REÇU DURANT CETTE GROSSESSE ?	CODE 'A', OU 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> → 315	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
311	Avez-vous obtenu le traitement préventif intermittent (SP/Fansidar) durant une visite prénatale, lors d'une autre visite dans un établissement de santé ou auprès d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE DANS ÉTABLISSEMENT SANITAIRE 2 STRATEGIES AVANCEES/SSME ... 3 AUTRE SOURCE _____ 6 (PRÉCISER)	→ 315
312	VÉRIFIER 306 : SEULEMENT MÉDICAMENT INCONNU PRIS, À TITRE PRÉVENTIF, CONTRE LE PALUDISME	SEULEMENT CODE 'Z' ENGERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE CAS <input type="checkbox"/>	→ 315
313	Combien de fois avez-vous pris le médicament pour prévenir le paludisme pendant cette grossesse ? SI 95 FOIS OU PLUS, OU TOUS LES JOURS, OU PLUSIEURS SEMAINES OU PLUSIEURS MOIS, ENREGISTREZ '95'	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SE SOUVENT PAS 98	
314	Combien de comprimés avez-vous pris chaque fois? SI 6 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTER '6'	NOMBRE DE COMPRIMÉS <input type="text"/> NE SE SOUVENT PAS 8	
315	VÉRIFIEZ 215 ET 216: UN ENFANT VIVANT OU PLUS <input type="checkbox"/> NÉ EN 2006 OU PLUS TARD	PAS D'ENFANT VIVANT NÉ EN 2006 <input type="checkbox"/> OU PLUS TARD	→ 401

CHEZ LES ENFANTS

316	<p>NOTEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE CHAQUE ENFANT VIVANT NÉ EN 2006 OU PLUS TARD. (S'IL Y A PLUS DE 2 ENFANTS VIVANTS NÉS EN 2006 OU PLUS TARD, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).</p> <p>Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants qui sont âgés de moins de 5 ans. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).</p>		
317	NOM ET NUMÉRO DE LIGNE SELON Q. 212	<p>DERNIÈRE ENFANT</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM</p>	<p>AVANT-DERNIÈRE-ENFANT</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM</p>
319	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre à un moment quelconque au cours des 2 dernières semaines ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 317 COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 394) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 317 COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 394) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
320	Il y a combien de jours que la fièvre a commencé ?	<p>IL Y A.....JOURS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>IL Y A.....JOURS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>
321	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre auprès d'une source quelconque ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSEZ À 324) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSEZ À 324) ←</p>
322	Où avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement ?	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CTR HÔPITALIER II A</p> <p>CTR HÔPITALIER I B</p> <p>CTR DE SANTÉ DE BASE II C</p> <p>CTR DE SANTÉ DE BASE I D</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F</p> <p>CTR DE SANTÉ PRIVÉ G</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CENTRE PF/FISA J</p> <p>TOP RESEAU K</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>AGENT COMMUNAUTAIRE M</p> <p>BOUTIQUE N</p> <p>KIOSQUE O</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL P</p> <p>AMI/MEMBRE DE LA FAMILLE Q</p> <p>MARCHE R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CTR HÔPITALIER II A</p> <p>CTR HÔPITALIER B</p> <p>CTR DE SANTÉ DE BASE II C</p> <p>CTR DE SANTÉ DE BASE I D</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F</p> <p>CTR DE SANTÉ PRIVÉ G</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CENTRE PF/FISA J</p> <p>TOP RESEAU K</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>AGENT COMMUNAUTAIRE M</p> <p>BOUTIQUE N</p> <p>KIOSQUE O</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL P</p> <p>AMI/MEMBRE DE LA FAMILLE Q</p> <p>MARCHE R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>

		DERNIÈRE ENFANT	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
323	Combien de jours après le début de la fièvre, avez-vous commencé à rechercher un traitement pour (NOM) ? SI LE MÊME JOUR, ENREGISTREZ '00'.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>
324	À n'importe quel moment durant la maladie, est-ce qu'on a prélevé du sang au doigt ou au talon de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
325	À n'importe quel moment durant la maladie, est-ce que (NOM) a pris des médicaments pour la fièvre ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (PASSER À 389) ←	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (PASSER À 389) ←
326	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? Pas d'autres médicaments ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. DEMANDEZ À VOIR LE/LES MÉDICAMENT(S) SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU, SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT PAS ÊTRE IDENTIFIÉ, MONTREZ DES ANTIPALUDIQUES COURANTS À L'ENQUÊTÉE.	ANTIPALUDIQUES SP/FANSIDAR A CHLOROQUINE B AMODIAQUINE C QUININE D ACTIPAL (ACT) E LARIMAL (ACT) F ARTEMODI (ACT) G ARSUMOON (ACT) H FALCIMON (ACT) I AUTRE COMBINAISON À BASE D'ARTÉMISININE (ACT/ACTm) NON DÉTERMINÉ J AUTRE ANTI-PALUDIQUE _____ K (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP L INJECTION M AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE N ACETAMINOPHEN O IBUPROFEN P PARACETAMOL Q AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES SP/FANSIDAR A CHLOROQUINE B AMODIAQUINE C QUININE D ACTIPAL (ACT) E LARIMAL (ACT) F ARTEMODI (ACT) G ARSUMOON (ACT) H FALCIMON (ACT) I AUTRE COMBINAISON À BASE D'ARTÉMISININE (ACT/ACTm) NON DÉTERMINÉ J AUTRE ANTI-PALUDIQUE _____ K (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP L INJECTION M AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE N ACETAMINOPHEN O IBUPROFEN P PARACETAMOL Q AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z
327	Combien avez-vous payé en tout pour les médicaments et consultations pour la fièvre de (NOM) ? ENREGISTREZ LE COÛT EN ARIARY SI PLUS DE 99 000 ARIARY, ENREGISTREZ 99 000.	COÛT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 99995 NE SAIT PAS 99998	COÛT ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 99995 NE SAIT PAS 99998
328	VÉRIFIER 326 : Y A-T-IL UN CODE DE 'A' À 'K' ENCERCLÉ ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 385)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 385)
329	VÉRIFIER 326 : SP/FANSIDAR ('A') DONNÉE ?	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 334) ←	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 334) ←
330	SI VOUS POUVEZ VOIR LA SP/FANSIDAR, VÉRIFIEZ SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI LA SP/FANSIDAR N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que la SP/Fansidar que vous avez utilisé a expiré ?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE ENFANT		AVANT-DERNIÈRE-ENFANT	
		NOM _____		NOM _____	
331	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre la SP/Fansidar ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8		
332	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris la SP/Fansidar ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8		
333	Combien de comprimés de SP/Fansidar (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>		
334	VÉRIFIER 326 : CHLOROQUINE ('B') DONNÉE ?	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 339) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 339) ←		
335	SI VOUS POUVEZ VOIR LA CHLOROQUINE, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI LA CHLOROQUINE N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que la chloroquine que vous avez utilisée a expiré?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8		
336	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre la chloroquine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8		
337	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris la chloroquine ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8		
338	Combien de comprimés de chloroquine (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>		
339	VÉRIFIER 326 : AMODIAQUINE ('C') DONNÉE?	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 344) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 344) ←		
340	SI VOUS POUVEZ VOIR L'AMODIAQUINE, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI L'AMODIAQUINE N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que l'amodiaquine que vous avez utilisée a expiré?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8		

		DERNIÈRE ENFANT		AVANT-DERNIÈRE-ENFANT	
		NOM _____		NOM _____	
341	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'amodiaquine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8		
342	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris l'amodiaquine ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8		
343	Combien de comprimés d'amodiaquine (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>		
344	VÉRIFIER 326 : QUININE ('D') DONNÉE?	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 349)	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 349)		
345	SI VOUS POUVEZ VOIR LA QUININE, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI LA QUININE N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que la quinine que vous avez utilisée a expiré?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8		
346	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre la quinine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8		
347	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris la quinine ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8		
348	Combien de comprimés de quinine ou ampoules (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>		
349	VÉRIFIER 326 : ACTIPAL ('E') DONNÉ?	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 354)	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 354)		
350	SI VOUS POUVEZ VOIR ACTIPAL, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI L'ACTIPAL N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que l'Actipal que vous avez utilisée a expiré?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8		

		DERNIÈRE ENFANT		AVANT-DERNIÈRE-ENFANT	
		NOM _____		NOM _____	
351	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'Actipal ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8		
352	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris l'Actipal ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8		
353	Combien de comprimés d'Actipal (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>		
354	VÉRIFIER 326 : LARIMAL ('F') DONNÉ?	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 359)	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 359)		
355	SI VOUS POUVEZ VOIR LE LARIMAL, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI LE LARIMAL N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que le Larimal que vous avez utilisé a expiré?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8		
356	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre le Larimal ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8		
357	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris le Larimal ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8		
358	Combien de comprimés de Larimal ou ampoules (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>		
359	VÉRIFIER 326 : ARTEMODI ('G') DONNÉ?	CODE 'G' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'G' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 364)	CODE 'G' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'G' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 364)		
360	SI VOUS POUVEZ VOIR L'ARTEMODI, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI L'ARTEMODI N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que l'Artemodi que vous avez utilisé a expiré?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8		

		DERNIÈRE ENFANT		AVANT-DERNIÈRE-ENFANT	
		NOM _____		NOM _____	
361	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'Artemodi ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8		
362	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris l'Artemodi ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8		
363	Combien de comprimés d'Artemodi (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>		
364	VÉRIFIER 326 : ARSUMOON ('H') DONNÉ?	CODE 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 369) ←	CODE 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 369) ←		
365	SI VOUS POUVEZ VOIR L'ARSUMOON, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI L'ARSUMOON N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que l'Arsumoon que vous avez utilisée a expiré?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8		
366	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'Arsumoon ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8		
367	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris l'Arsumoon ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8		
368	Combien de comprimés d'Arsumoon (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>		
369	VÉRIFIER 326 : FALCIMON ('I') DONNÉ?	CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 374) ←	CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 374) ←		
370	SI VOUS POUVEZ VOIR LE FALCIMON, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI LE FALCIMON N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que le Falcimon que vous avez utilisée a expiré?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8		

		DERNIÈRE ENFANT		AVANT-DERNIÈRE-ENFANT	
		NOM _____		NOM _____	
371	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre le Falcimon ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8		
372	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris le Falcimon ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8		
373	Combien de comprimés de Falcimon (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>		
374	VÉRIFIER 326 : AUTRE ATC ATCm NON DÉTERMINÉ ('J') DONNÉ?	CODE 'J' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'J' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 380)	CODE 'J' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'J' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 380)		
375	SI VOUS POUVEZ VOIR L' ACT, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI L'ACT N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que l' ACT que vous avez utilisé a expiré ?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8		
376	SI VOUS POUVEZ VOIR L' ACT, DÉTERMINEZ S'IL S'AGIT DE COMBO OU DE COBLISTER SINON MONTRER L'ÉCHANTILLON QUE VOUS AVEZ ET DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉE DE QUEL ACT IL S'AGISSAIT.	COMBO 1 COBLISTER 2 NE SAIT PAS 8	COMBO 1 COBLISTER 2 NE SAIT PAS 8		
377	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'ACT ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8		
378	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris l'ACT ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8		
379	Combien de comprimés d'ACT (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="checkbox"/>		
380	VÉRIFIER 326 : AUTRE ANTIPALUDIQUE ('K') DONNÉ ?	CODE 'K' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'K' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 385)	CODE 'K' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'K' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 385)		

		DERNIÈRE ENFANT	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT
		NOM _____	NOM _____
381	SI VOUS POUVEZ VOIR L'AUTRE ANTIPALUDIQUE, VÉRIFIER SI LA DATE D'EXPIRATION EST DÉPASSÉE. SI L'AUTRE ANTIPALUDIQUE N'EST PAS DISPONIBLE, DEMANDEZ : Est-ce que le (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDIQUE) que vous avez utilisé a expiré?	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8	DATE EXPIRATION VALIDE 1 DATE EXPIRATION DÉPASSÉE 2 NE SAIT PAS 8
382	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDIQUE) ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 4 NE SAIT PAS 8
383	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDIQUE) ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
384	Combien de comprimés de (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDIQUE) (NOM) a-t-il/elle pris par jour ? SI 7 COMPRIMÉS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/>	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR JOUR <input type="text"/>
385	Est-ce que (NOM) a pris tous les médicaments qui lui ont été prescrits contre la fièvre?	OUI 1 (PASSEZ À 387) ← NON 2 NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 387) ←	OUI 1 (PASSEZ À 387) ← NON 2 NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 387) ←
386	Pourquoi (NOM) n'a-t-il/elle pas pris tous les médicaments qui lui ont été prescrits?	TOUJOURS EN COURS DE TRAITEMENT 1 ARRÊTÉ PARCE ENFANT GUÉRI/ SANTÉ S'EST AMÉLIORÉE/ MÉDICAMENTS PLUS NÉCESSAIRES 2 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	TOUJOURS EN COURS DE TRAITEMENT 1 ARRÊTÉ PARCE ENFANT GUÉRI/ SANTÉ S'EST AMÉLIORÉE/ MÉDICAMENTS PLUS NÉCESSAIRES 2 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8
387	Est-ce que (NOM) avait un des symptômes suivants ? - Fièvre très élevée, supérieure à 39.5° ? - Anémie? - Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? - Perte de conscience? - Insuffisance respiratoire sévère? - Convulsions? - Saignements anormaux? - Ictère/Jaunisse (avec coloration des yeux)? - Urine noire ou brune? - Vomissement irrésistible ? - Refusait de manger ou de téter ?	O N N U O S I N P FIÈVRE ÉLEVÉE 1 . 2 . 8 ANÉMIE 1 . 2 . 8 PROSTRATION 1 . 2 . 8 PERTE CONSCIENC 1 . 2 . 8 RESPIRATION 1 . 2 . 8 CONVULSION 1 . 2 . 8 SAIGNEMENTS 1 . 2 . 8 ICTÈRE/JAUNISSE 1 . 2 . 8 URINE NOIRE 1 . 2 . 8 VOMISSEMENTS 1 . 2 . 8 REFUS MANGER/TÉTER . 1 . 2 . 8	O N N U O S I N P FIÈVRE ÉLEVÉE 1 . 2 . 8 ANÉMIE 1 . 2 . 8 PROSTRATION 1 . 2 . 8 PERTE CONSCIENC 1 . 2 . 8 RESPIRATION 1 . 2 . 8 CONVULSION 1 . 2 . 8 SAIGNEMENTS 1 . 2 . 8 ICTÈRE/JAUNISS 1 . 2 . 8 URINE NOIRE 1 . 2 . 8 VOMISSEMENTS 1 . 2 . 8 REFUS MANGER/TÉTER 1 . 2 . 8
388		RETOURNEZ À 317 À COLONNE SUIVANTE, OU, SI PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 389.	RETOURNEZ À 317 À LA 1 ^{ÈRE} COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE, OU, SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 389.

		DERNIÈRE ENFANT NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-ENFANT NOM _____
389	VÉRIFIER 319 : UN ENFANT A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ? UN ENFANT OU PLUS <input type="checkbox"/> A EU DE LA FIÈVRE ↓ AUCUN ENFANT N'A <input type="checkbox"/> EU DE LA FIÈVRE		→ 394
390	Quand votre/vos enfants ont de la fièvre, jusqu'à quel point est-il urgent ou pas urgent de rechercher immédiatement un traitement antipaludique ? SI URGENT: Est-ce extrêmement urgent ou très urgent? SI PAS URGENT: Est ce peu urgent ou pas du tout urgent?	EXTRÊMEMENT URGENT 1 TRÈS URGENT 2 PEU URGENT 3 PAS DU TOUT URGENT 4	
391	Quand votre/vos enfants ont la fièvre, est-ce que vous êtes d'accord pour qu'il soit d'abord traité avec des herbes médicinales ou autres pratiques? SI OUI (D'ACCORD): Êtes-vous complètement d'accord ou assez d'accord SI NON (PAS D'ACCORD): Êtes-vous assez opposé ou complètement opposé ?	COMPLÈTEMENT D'ACCORD 1 ASSEZ D'ACCORD 2 ASSEZ OPPOSÉ 3 COMPLÈTEMENT OPPOSÉ 4	
392	Quand votre/vos enfants ont la fièvre, le traitement, (y compris les consultations) est-il abordable ou inabordable ? SI ABORDABLE: Est-il très abordable ou abordable? SI INABORDABLE: Est-il inabordable ou vraiment inabordable?	TRÈS ABORDABLE 1 ABORDABLE 2 INABORDABLE 3 VRAIMENT INABORDABLE 4	
393	Quand votre/vos enfant(s) ont la fièvre, les antipaludiques sont-ils toujours disponibles ou pas disponibles ? SI DISPONIBLE: Est ce toujours disponibles ou assez souvent disponibles? SI PAS DISPONIBLE: Est ce rarement disponibles ou jamais disponibles?	TOUJOURS DISPONIBLES 1 ASSEZ SOUVENT DISPONIBLES 2 RAREMENT DISPONIBLES 3 JAMAIS DISPONIBLES 4	
394	Si la fièvre de votre enfant est traitée avec un antipaludique, est-ce que la fièvre va baisser rapidement? SI OUI: Est ce toujours ou parfois? SI NON: Est ce rarement ou jamais?	TOUJOURS 1 PARFOIS 2 RAREMENT 3 JAMAIS 4	
395	Gardez-vous des doses partielles de médicaments antipaludiques pour les utiliser éventuellement dans le futur ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 4. CONNAISSANCE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
401	<p>Comment peut-on contracter le paludisme ?</p> <p>INSISTER : Aucune autre façon ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>MANQUE D'HYGIÈNE DANS ENVIRONNEMENT A</p> <p>PIQÛRE DE MOUSTIQUE B</p> <p>PAS DE PRISE DE MÉDICAMENT PRÉVENTIF C</p> <p>EFFORT PHYSIQUE/FATIGUE D</p> <p>EXPOSITION DIRECTE À LUMIÈRE DU SOLEIL PENDANT LE TRAVAIL . E</p> <p>EN RESTANT SOUS LA PLUIE F</p> <p>CHANGEMENT SOUDAIN DE CLIMAT . G</p> <p>MALNUTRITION H</p> <p>CONSOMMATION DE FRUITS I</p> <p>MANQUE D'HYGIÈNE CORPORELLE . J</p> <p>EN BROUSSE K</p> <p>AUTRE _____ W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
402	<p>Quel est, selon vous, le symptôme principal du paludisme ?</p>	<p>FIÈVRE 11</p> <p>MANQUE D'APPÉTIT ET VOMISSEMENTS 12</p> <p>TEMPÉRATURE ÉLEVÉE AVEC CONVULSIONS 13</p> <p>TEMPÉRATURE ÉLEVÉE AVEC ÉVANOUISSEMENT 14</p> <p>TEMPÉRATURE PERSISTANTE 15</p> <p>CONVULSIONS 16</p> <p>JAUNISSE 17</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
403	<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 A</p> <p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE B</p> <p>EN PRENANT DES MÉDICAMENTS PRÉVENTIFS C</p> <p>EN PRENANT DES COMPRIMÉS PENDANT LA GROSSESSE D</p> <p>EN UTILISANT UN INSECTICIDE/ DIFFUSEURS/CRÈMES/ LOTIONS/RÉPULSIFS E</p> <p>EN UTILISANT UN SERPENTIN ANTI-MOUSTIQUES F</p> <p>EN ÉVITANT D'ATTRAPER FROID ... G</p> <p>EN ÉVITANT L'EXPOSITION À LA LUMIÈRE DIRECTE DU SOLEIL ... H</p> <p>EN NETTOYANT LES ENVIRONS I</p> <p>ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE J</p> <p>AUTRE _____ W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
404	<p>Quelles sont les personnes qui sont les plus vulnérables au paludisme ?</p> <p>INSISTER : Personne d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS A</p> <p>LES ENFANTS B</p> <p>LES FEMMES ENCEINTES C</p> <p>LES FEMMES D</p> <p>LES HOMMES E</p> <p>LES PERSONNES ÂGÉES F</p> <p>TOUT LE MONDE G</p> <p>AUTRE _____ W</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
405	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assisté à des sensibilisation sur le traitement du paludisme par un Chef Fokontany ? - Assisté à des sensibilisation sur le traitement du paludisme par un agent communautaire ? - Assisté à des sensibilisation sur le traitement du paludisme par MVU ? - Assisté à des sensibilisation sur le traitement du paludisme par quelqu'un d'autre? - Entendu parler du traitement du paludisme à la radio ? - Vu quelque chose concernant le traitement du paludisme à la télévision ? - Vu quelque chose concernant le traitement du paludisme dans un journal ou un magazine ? 	<p>OUI NON</p> <p>CHEF FOKONTANY 1 2</p> <p>AGENT COMMUNAUTAIRE ... 1 2</p> <p>MVU 1 2</p> <p>QUELQU'UN D'AUTRE 1 2</p> <p>RADIO 1 2</p> <p>TÉLÉVISION 1 2</p> <p>JOURNAL OU MAGAZINE ... 1 2</p>	
406	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des messages sur le traitement du paludisme, concernant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation d'ACTIPAL ? - L'utilisation ACT ? - Le prix d'achat du traitement? - La disponibilité du traitement ? - L'efficacité du traitement ? - Autres messages sur le traitement du paludisme ? 	<p>OUI NON</p> <p>UTILISATION D' ACTIPAL ... 1 2</p> <p>UTILISATION D' ACT 1 2</p> <p>PRIX D'ACHAT 1 2</p> <p>DISPONIBILITÉ 1 2</p> <p>ÉFFICACITÉ 1 2</p> <p>AUTRES MESSAGES 1 2</p>	
407	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assisté à des sensibilisation sur la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme par un Chef Fokontany ? - Assisté à des sensibilisation sur la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme par un agent communautaire ? - Assisté à des sensibilisation sur la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme par MVU ? - Assisté à des sensibilisation sur la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme par quelqu'un d'autre? - Entendu parler la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme à la radio ? - Vu quelque chose concernant la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme à la télévision ? - Vu quelque chose concernant la prévention (MID/CAID/TPI) du paludisme dans un journal ou un magazine ? 	<p>OUI NON</p> <p>CHEF FOKONTANY 1 2</p> <p>AGENT COMMUNAUTAIRE ... 1 2</p> <p>MVU 1 2</p> <p>QUELQU'UN D'AUTRE 1 2</p> <p>RADIO 1 2</p> <p>TÉLÉVISION 1 2</p> <p>JOURNAL OU MAGAZINE ... 1 2</p>	
408	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des messages sur le MID pour la prevention du paludisme concernant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Où chercher une MID ? - Quand chercher une MID ? - La MID est gratuite ? - Comment suspendre une MID ? - Comment entretenir une MID ? - Quand est-ce qu'on utilise la MID ? - Intérêt de prendre la MID ? - Autre message sur la MID ? 	<p>OUI NON</p> <p>OÙ CHERCHER 1 2</p> <p>QUAND CHERCHER 1 2</p> <p>MID GRATUITE 1 2</p> <p>SUSPENDRE LA MID 1 2</p> <p>ENTRETENIR LA MID 1 2</p> <p>QUAND UTILISER 1 2</p> <p>INTÉRÊTE DE PRENDRE 1 2</p> <p>AUTRE 1 2</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
409	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des messages sur le CAID pour la prévention du paludisme concernant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rester en dehors de la maison après pulvérisation intra domiciliaire ? - Le fait que la pulvérisation intra domiciliaire n'est pas dangereuse pour la santé ? - Autre message sur le CAID ? 	<p style="text-align: right;">OUI NON</p> <p>RESTER DEHORS APRÈS PULVÉRISATION 1 2</p> <p>PULVÉRISATION PAS DANGEREUSE 1 2</p> <p>AUTRE 1 2</p>	
410	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des messages sur les femmes enceintes pour la prévention du paludisme concernant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le TPI ? - Autre message sur les femmes enceintes pour la prévention du paludisme ? 	<p style="text-align: right;">OUI NON</p> <p>TPI 1 2</p> <p>AUTRE 1 2</p>	
411	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des antipaludiques ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
412	<p>Est-ce qu'un enfant qui a la fièvre doit aller au centre de santé ou peut rester à la maison pour suivre un traitement ?</p>	<p>CENTRE DE SANTE 1</p> <p>MAISON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
413	<p>Avez-vous entendu parler de :</p> <p>ACTipal?</p> <p>Larimal?</p> <p>Artemodi?</p> <p>Arsumoon?</p> <p>Falcimon?</p> <p>ACT?</p> <p>ACTm?</p>	<p style="text-align: right;">OUI NON</p> <p>ACTIPAL 1 2</p> <p>LARIMAL 1 2</p> <p>ARTEMODI 1 2</p> <p>ARSUMOON 1 2</p> <p>FALCIMON 1 2</p> <p>ACT 1 2</p> <p>ACTm 1 2</p>	
415	<p>Quel est, selon vous, l'antipaludique le plus efficace pour traiter les femmes enceintes qui ont des symptômes de paludisme?</p>	<p>ACTIPAL 11</p> <p>LARIMAL 12</p> <p>ARTEMODI 13</p> <p>ARSUMOON 14</p> <p>FALCIMON 15</p> <p>ACT 16</p> <p>ACTm 17</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p style="text-align: center;">(PRECISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
416	<p>Quel est, selon vous, l'antipaludique le plus efficace pour traiter les enfants de moins de cinq ans ?</p>	<p>ACTIPAL 11</p> <p>LARIMAL 12</p> <p>ARTEMODI 13</p> <p>ARSUMOON 14</p> <p>FALCIMON 15</p> <p>ACT 16</p> <p>ACTm 17</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p style="text-align: center;">(PRECISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
417	<p>Qu'est ce qu'une femme enceinte doit faire pendant la grossesse pour éviter le paludisme ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE</p>	<p>PRENDRE 2 DOSES DE TPI (SP) A DORMIR SOUS UNE MID B TPI C AUTRE _____ X (PRECISER) NE SAIT PAS Z</p>	
418	<p>Où est-ce qu'une femme enceinte doit se rendre pour recevoir 2 doses de traitement préventif intermittent (SP) au cours de sa grossesse ?</p>	<p>CSB 1 HOPITAL 2 AUTRE _____ 6 (PRECISER) NE SAIT PAS 8</p>	
419	<p>Vos amis ou voisins encouragent les femmes enceintes à obtenir des comprimés dans les centres de santé pour leur permettre d'éviter de contracter le paludisme?</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord</p> <p>SI D'ACCORD : Êtes-vous d'accord ou tout à fait d'accord ?</p> <p>SI PAS D'ACCORD: N'êtes-vous pas d'accord ou pas du tout d'accord ?</p>	<p>TOUT A FAIT D'ACCORD 1 D'ACCORD 2 PAS D'ACCORD 3 PAS DU TOUT D'ACCORD 4</p>	
420	<p>Selon vous, quels sont les avantages à dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ?</p> <p>INSISTEZ : Aucun autre avantage ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>PLUS EFFICACE CONTRE LES MOUSTIQUES A TUE MOUSTIQUES/AUTRES INSECTI. B ECARTE MOUSTIQUES/AUTRES INSECTES C MEILLEUR POUR PREVENIR LE PALUDISME D MEILLEUR POUR PREVENIR FAUSSES COUCHES/MORTS-NES E FEMME MIEUX PROTEGEE CONTRE MALADIES F ECONOMISE ARGENT CAR ENFANT NON MALADE G POUR PREVENIR LE FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE H ON DORT BIEN I AUTRE _____ X (PRECISER) NE SAIT PAS Z</p>	
421	<p>Selon vous, quels sont les inconvénients à dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ?</p> <p>INSISTEZ : Aucun autre inconvénient ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>MAUVAISE ODEUR A CAUSE DES IRRITATIONS/TOUX ... B REND MALADE C DONNE DES NAUSEES D PRODUIT CHIMIQUE DANGEREUX ... E PRODUIT UTILISE PEUT TUER LE FOETUS/CAUSER DES FAUSSES COUCHES F PEUT SUFFOQUER/DIFFICULTES RESPIRER G INSECTICIDE UTILISE NON EFFICAC . H MOUSTIQUAIRE SE SALIT VITE I PAS D'INCONVENIENT J AUTRE _____ X (PRECISER) NE SAIT PAS Z</p>	
422	<p>Pendant quels mois ou saisons de l'année, les gens doivent-ils dormir sous une moustiquaire traitée avec des insecticides ?</p>	<p>SAISON SECHE 1 SAISON HUMIDE 2 TOUTE L'ANNÉE 3 NE SAIT PAS 8</p>	
423	<p>Pensez-vous que le prix d'une super moustiquaire vendue à 3000 ariary est abordable ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	
424	<p>Avez-vous souvent, rarement ou jamais des conversations avec vos amis ou voisins sur le paludisme ?</p>	<p>SOUVENT 1 RAREMENT 2 JAMAIS 3</p>	
425	<p>Dans quelle mesure pensez-vous qu'il est important que vos enfants dorment sous une moustiquaire imprégnée: extrêmement important, très important, peu important, pas important du tout ?</p>	<p>EXTREMEMENT IMPORTANT 1 TRES IMPORTANT 2 PEU IMPORTANT 3 PAS IMPORTANT DU TOUT 4</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
426	Vous arrive-t-il d'utiliser des moustiquaires pour autre chose que pour dormir dessous: tout le temps, parfois, rarement, jamais?	TOUT LE TEMPS 1 PARFOIS 2 RAREMENT 3 JAMAIS 4 N'A JAMAIS EU DE MOUSTIQUAIRE . 4	
427	Je voudrais maintenant connaître votre opinion sur certaines déclarations. Je vous demande de faire un effort et de donner vraiment ce que vous y pensez. Je précise que les questions semblent se répéter mais je vous les poserai pour bien cerner votre opinion.		
428	Êtes-vous tout d'accord ou pas d'accord avec l'opinion suivante : les moustiquaires imprégnées d'insecticide ont des effets négatifs sur la santé. SI D'ACCORD : Êtes-vous d'accord ou tout à fait d'accord ? SI PAS D'ACCORD: N'êtes-vous pas d'accord ou pas du tout d'accord ?	TOUT A FAIT D'ACCORD 1 D'ACCORD 2 PAS D'ACCORD 3 PAS DU TOUT D'ACCORD 4	
429	Êtes-vous tout d'accord ou pas d'accord avec l'opinion suivante: Dans cette communauté, la plupart des gens dorment sous une moustiquaire imprégnée chaque nuit. SI D'ACCORD : Êtes-vous d'accord ou tout à fait d'accord ? SI PAS D'ACCORD: N'êtes-vous pas d'accord ou pas du tout d'accord ?	TOUT À FAIT D'ACCORD 1 D'ACCORD 2 PAS D'ACCORD 3 PAS DU TOUT D'ACCORD 4	
430	Êtes-vous tout d'accord ou pas d'accord avec l'opinion suivante: Vous pouvez accrocher une moustiquaire à n'importe quel endroit où les gens dorment dans votre logement. SI D'ACCORD : Êtes-vous d'accord ou tout à fait d'accord ? SI PAS D'ACCORD: N'êtes-vous pas d'accord ou pas du tout d'accord ?	TOUT À FAIT D'ACCORD 1 D'ACCORD 2 PAS D'ACCORD 3 PAS DU TOUT D'ACCORD 4	
431	Êtes-vous tout d'accord ou pas d'accord avec l'opinion suivante: On risque seulement de contracter le paludisme pendant la saison des pluies. SI D'ACCORD : Êtes-vous d'accord ou tout à fait d'accord ? SI PAS D'ACCORD: N'êtes-vous pas d'accord ou pas du tout d'accord ?	TOUT À FAIT D'ACCORD 1 D'ACCORD 2 PAS D'ACCORD 3 PAS DU TOUT D'ACCORD 4	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'EQUIPE: _____ DATE: _____