

**ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME
EIPMD 2013
QUESTIONNAIRE MÉNAGE**

RÉPUBLIQUE DE MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE
ET DES STATISTIQUES SOCIALES

IDENTIFICATION																					
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table border="1"> <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> </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"/>
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"/>																	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																					
NUMÉRO DE GRAPPE																					
NUMÉRO DE MÉNAGE																					
RÉGION																					
COMMUNE																					
VILLE/RURAL (VILLE=1, RURAL=2)																					

VISITES D'ENQUÊTEURS										
	1	2	3	VISITE FINALE						
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1"><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"/>							
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	MOIS <table border="1"><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"/>							
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>3</td></tr></table>	2	0	1	3		
2	0	1	3							
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____		NOM <table border="1"><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"/>							
*CODES RÉSULTATS :				RÉSULTAT <table border="1"><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"/>									
1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRE 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VACANT OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ (PRÉCISEZ)				TOTAL DE PERSONNES DANS LE MÉNAGE <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE <table border="1"><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"/>									
NOMBRE TOTAL DE VISITES				<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>					
<input type="text"/>										

COORDONNÉES GÉOGRAPHIQUES

LATITUDE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 LONGITUDE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 ALTITUDE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

CHEF D'ÉQUIPE	NOM _____		
	DATE _____ <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

PRESENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour l'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 des services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour l'enquête. Je voudrais vous poser quelques questions sur votre ménage. L'enquête prend habituellement entre 10 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 n'importe quel aspect de l'enquête, vous pouvez contacter les personnes figurant sur cette carte.

DONNEZ LA CARTE AVEC LES INFORMATIONS POUR CONTACTER CES PERSONNES.
 Mr. RABEZA Victor, Institut National des Statistiques (INSTAT). Tél: 0340755950
 Dr. RANAIVO Louise, Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme(PNLP). Tél: 0330280739
 Dr. RATSIMBASOA Arsène, Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Tél: 0340541965

Signature de l'enquêtrice/enquêteur : _____ Date : _____

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEWÉ .. 1 L'ENQUÊTÉ REFUSE D'ÊTRE INTERVIEWÉ 2 → FIN

TABLEAU DE MÉNAGE

Nous voudrions, maintenant, des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui vivent chez vous actuellement.

N ^o . LI-GN	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE		RÉSIDENCE		ÂGE	FEMMES ELIGIBLES	ACTUELLEMENT ENCEINTE?	ENFANTS ELIGIBLES
			(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici?	Quel âge a (NOM) ? SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95.				
(1)	(2)	(3)	H F	O N	O N	EN ANNÉES	(8)	(8A)	(9)	
01		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	01	1 2	01	
02		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	02	1 2	02	
03		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	03	1 2	03	
04		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	04	1 2	04	
05		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	05	1 2	05	
06		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	06	1 2	06	
07		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	07	1 2	07	
08		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	08	1 2	08	
09		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	09	1 2	09	
10		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	10	1 2	10	
11		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	11	1 2	11	
12		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	12	1 2	12	
13		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	13	1 2	13	
14		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	14	1 2	14	
15		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	15	1 2	15	
16		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	16	1 2	16	

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

01 = CHEF DE MÉNAGE
 02 = MARI OU FEMME
 03 = FILS OU FILLE
 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
 05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE
 06 = PÈRE OU MÈRE

07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE
 08 = FRÈRE OU SOEUR
 09 = NIECE/NEVEU
 10 = NIECE/NEVEU PAR ALLIANCE
 11 = AUTRES PARENTS

12 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE/ENF DU CONJOINT
 13 = SANS PARENTE
 98 = NE SAIT PAS

N ^o . LI-GN	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	FEMMES ELIGIBLES	ACTUELLEMENT ENCEINTE?	ENFANTS ELIGIBLES
				(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici?				
	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.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?*	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?			Quel âge a (NOM) ? SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95.	ENCERCLEZ LE N ^o DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	POUR TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES, DEMANDEZ: (NOM) est-elle actuellement enceinte?	ENTOUREZ LES N ^o DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(8A)	(9)
		<input type="checkbox"/>	H F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <input type="checkbox"/>	17	OUI NON/NSP 1 2	17
17		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	17	1 2	17
18		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	18	1 2	18
19		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	19	1 2	19
20		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	20	1 2	20
21		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	21	1 2	21
22		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	22	1 2	22
23		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	23	1 2	23
24		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	24	1 2	24
25		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	25	1 2	25
26		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	26	1 2	26
27		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	27	1 2	27
28		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	28	1 2	28
29		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	29	1 2	29
30		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	30	1 2	30
31		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	31	1 2	31

COCHER ICI SI VOUS UTILISEZ UNE AUTRE FEUILLE

Juste pour être sûre que j'ai une liste complète :

A) 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

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

OUI → AJOUTEZ AU TABLEAU

NON

C) Y a-t-il des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière ici et qui n'ont pas été listés ?

OUI → AJOUTEZ AU TABLEAU

NON

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																					
10	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LOGEMENT 11 ROBINET DANS COUR 12 FONTAINE PUBLIQUE 13 PUIITS À POMPE OU FORAGE 21 PUITS CREUSÉ PUIITS PROTÉGÉ 31 PUIITS NON PROTÉGÉ 32 EAU DE SOURCE SOURCE PROTÉGÉE 41 SOURCE NON PROTÉGÉE 42 EAU DE PLUIE 51 CAMION CITERNE 61 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/ BARRAGE/LAC/MARE/FLEUVE/ CANAL D'IRRIGATION) 81 EAU EN BOUTEILLE 91 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																						
11	Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement ?	CHASSE D'EAU/CHASSE MANUELLE CHASSE D'EAU CONNECTÉE : À UN SYSTÈME D'ÉGOUT 11 À UNE FOSSE SEPTIQUE 12 À DES LATRINES 13 À QUELQUE CHOSE D'AUTRE 14 À NE SAIT PAS OÙ 15 FOSSES/LATRINES LATRINES AMÉLIORÉES AUTO-AÉRÉES (LAA) 21 LATRINES AVEC DALLE LAVABLE ... 22 LATRINES AVEC DALLE NON LAVABLE 23 LATRINES SANS DALLE/TROU OUVERT 24 TOILETTES À COMPOSTAGE 31 SEAU/TINETTE 41 TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES ... 51 PAS DE TOILETTES/NATURE 61 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 13																					
12	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?	OUI 1 NON 2																						
13	Dans ce ménage, avez-vous : l'électricité ? un poste radio ? un poste télévision ? un téléphone portable ? un téléphone fixe ? un réfrigérateur ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ÉLECTRICITÉ</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RADIO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEPHONE PORTABLE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉPHONE FIXE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RÉFRIGÉRATEUR</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ÉLECTRICITÉ	1	2	RADIO	1	2	TÉLÉVISION	1	2	TELEPHONE PORTABLE	1	2	TÉLÉPHONE FIXE	1	2	RÉFRIGÉRATEUR	1	2	
	OUI	NON																						
ÉLECTRICITÉ	1	2																						
RADIO	1	2																						
TÉLÉVISION	1	2																						
TELEPHONE PORTABLE	1	2																						
TÉLÉPHONE FIXE	1	2																						
RÉFRIGÉRATEUR	1	2																						

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
14	Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour cuisiner ?	ÉLECTRICITÉ 01 GAZ PROPANE LIQUÉFIÉ (GPL) 02 GAZ NATUREL 03 BIOGAZ 04 KÉROSÈNE 05 CHARBON, LIGNITE 06 CHARBON DE BOIS 07 BOIS 08 PAILLE/BANCHAGES/HERBES 09 RÉSIDUS AGRICOLES 10 BOUSE 11 PAS DE REPAS PRÉPARÉ DANS LE MÉNAGE 95 AUTRE 96 (PRÉCISER)	
15	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE 11 BOUSE 12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE PLANCHES EN BOIS 21 PALMES/BAMBOU 22 NATTE 23 MATÉRIAU ÉLABORÉ PARQUET OU BOIS CIRÉ 31 BANDES DE VINYLE/ ASPHALTE 32 CARREAUX 33 CIMENT 34 MOQUETTE 35 AUTRE 96 (PRÉCISER)	
16	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL PAS DE TOIT 11 CHAUME/PALME/FEUILLES 12 MOTTE D'HERBE 13 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE NATTE 21 PALME/BAMBOU 22 PLANCHES EN BOIS 23 CARTON 24 MATÉRIAU ÉLABORÉ TÔLE 31 BOIS 32 ZINC/FIBRE DE CIMENT 33 TUILES 34 CIMENT 35 SHINGLES 36 AUTRE 96 (PRÉCISER)	
17	PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS EXTÉRIEURS ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL PAS DE MUR 11 BAMBOU/CANE/PALME/TRONC 12 TERRE 13 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BAMBOU AVEC BOUE 21 PIERRE AVEC BOUE/ADOBE 22 CONTRE-PLAQUÉ 23 CARTON 24 BOIS DE RÉCUPÉRATION 25 MATÉRIAU ÉLABORÉ CIMENT 31 PIERRE AVEC CHAUX/CIMENT 32 BRIQUES 33 BLOCS DE CIMENT 34 PLANCHE EN BOIS/SHINGLES 35 AUTRE 96 (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																					
18	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	PIÈCES <input type="text"/> <input type="text"/>																						
19	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède : Une montre ? Une bicyclette ? Une motocyclette ou un scooter ? Une charrette tirée par un animal ? Une voiture ou une camionnette ? Un bateau à moteur ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MONTRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BICYCLETTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOTOCYCLETTE/SCOOTER ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CHARRETTE AVEC ANIMAL ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE/CAMIONNETTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BATEAU A MOTEUR</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	MONTRE	1	2	BICYCLETTE	1	2	MOTOCYCLETTE/SCOOTER ...	1	2	CHARRETTE AVEC ANIMAL ...	1	2	VOITURE/CAMIONNETTE	1	2	BATEAU A MOTEUR	1	2	
	OUI	NON																						
MONTRE	1	2																						
BICYCLETTE	1	2																						
MOTOCYCLETTE/SCOOTER ...	1	2																						
CHARRETTE AVEC ANIMAL ...	1	2																						
VOITURE/CAMIONNETTE	1	2																						
BATEAU A MOTEUR	1	2																						
20	Est-ce que des membres de votre ménage ont un compte en banque ?	OUI 1 NON 2																						
21	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours des 12 derniers mois, quelqu'un est-il venu dans votre logement pour pulvériser les murs intérieurs contre les moustiques pour contrôler le paludisme ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 27																					
22	À combien de mois remonte cette pulvérisation de l'intérieur des murs de votre logement ? SI MOINS D'UN MOIS, ENREGISTREZ, '00' MOIS.	MOIS DEPUIS PULVÉRISATION ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98																						
23	Qui a pulvérisé les murs du logement?	EMPLOYEE D'UN PROGRAMME/ DU GOUVERNEMENT 1 SOCIETE PRIVEE 2 AUTRE _____ 6 (PRECISEZ) NE SAIT PAS 8																						
24	Avez-vous payé quelque chose pour la pulvérisation?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																						
25	Combien de temps êtes-vous resté à l'extérieur de votre logement après la pulvérisation ? SI MOINS D'UNE HEURE, ENREGISTREZ EN MINUTES SI UNE HEURE OU PLUS, ENREGISTREZ EN HEURES.	MINUTES À L'EXTERIEUR 1 <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES À L'EXTERIEUR 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS998																						
26	Depuis que les murs de votre logement ont été pulvérisés, les avez-vous retouchés, par exemple en y mettant de la chaux, de la peinture, ou un enduit ou en les lavant?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS ... 8																						
27	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI 1 NON 2	→ 41A																					
28	Combien de moustiquaires votre ménage possède-t-il ?	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES ... <input type="text"/> <input type="text"/>																						

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
29	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LA/LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE. SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SI IPPPI FÉMENTAIRE(S)	OBSERVÉ 1 NON OBSERVÉ ... 2	OBSERVÉ 1 NON OBSERVÉ ... 2	OBSERVÉ 1 NON OBSERVÉ ... 2
30	Cela fait combien de mois que votre ménage a la moustiquaire ? SI MOINS D'1 MOIS, ENREGISTRER '00'. SI MOINS DE 3 ANS, ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS. SI 36 MOIS OU PLUS ENREGISTRER '95'	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 36 MOIS OU PLUS 95	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 36 MOIS OU PLUS 95	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 36 MOIS OU PLUS 95
31	Où avez-vous obtenu la moustiquaire ?	CAMPAGNE DE DISTRIBUTION 11 CENTRE SANTE 12 AGENT COMMUNAUTAIRE ... 13 MARCHÉ 14 BOUTIQUE 15 AUTRE 96 NE SAIT PAS ... 98 (PASSER À 33) ←	CAMPAGNE DE DISTRIBUTION 11 CENTRE SANTE 12 AGENT COMMUNAUTAIRE ... 13 MARCHÉ 14 BOUTIQUE 15 AUTRE 96 NE SAIT PAS ... 98 (PASSER À 33) ←	CAMPAGNE DE DISTRIBUTION 11 CENTRE SANTE 12 AGENT COMMUNAUTAIRE ... 13 MARCHÉ 14 BOUTIQUE 15 AUTRE 96 NE SAIT PAS ... 98 (PASSER À 33) ←
32	Avez-vous obtenu la moustiquaire au cours de la dernière campagne de distribution de novembre 2012 à janvier 2013?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
33	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LA MARQUE DE LA MOUSTIQUAIRE. SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE ET QUE VOUS NE POUVEZ PAS OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE, MONTREZ DES PHOTOS DE MOUSTIQUAIRES DE MARQUE/TYPE COURANT A L'ENQUÊTE.	MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE A LONGUE DURÉE D'ACTION (MID) OLYSET 11 PERMANET ... 12 SUPER MOUSTIQUAIRE 13 MILAY 14 TSARALAY 15 INTERCEPTOR . 16 AUTRE/NSP MARQUE 17 (PASSER À 37) ← MOUSTIQUAIRE PRÉ-TRAITÉE TOUTE MARQUE 21 (PASSER À 35) ← AUTRE 31 NSP MARQUE ... 98	MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE A LONGUE DURÉE D'ACTION (MID) OLYSET 11 PERMANET ... 12 SUPER MOUSTIQUAIRE 13 MILAY 14 TSARALAY 15 INTERCEPTOR . 16 AUTRE/NSP MARQUE 17 (PASSER À 37) ← MOUSTIQUAIRE PRÉ-TRAITÉE TOUTE MARQUE 21 (PASSER À 35) ← AUTRE 31 NSP MARQUE ... 98	MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE A LONGUE DURÉE D'ACTION (MID) OLYSET 11 PERMANET ... 12 SUPER MOUSTIQUAIRE 13 MILAY 14 TSARALAY 15 INTERCEPTOR . 16 AUTRE/NSP MARQUE 17 (PASSER À 37) ← MOUSTIQUAIRE PRÉ-TRAITÉE TOUTE MARQUE 21 (PASSER À 35) ← AUTRE 31 NSP MARQUE ... 98
34	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle déjà traitée par le fabricant avec un insecticide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8
35	Depuis que vous avez cette moustiquaire, a-t-elle été trempée-ou plongée dans un liquide pour tuer ou éloigner les moustiques?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 37) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 37) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 37) ← PAS SÛR 8
36	Cela fait combien de mois que la moustiquaire a été trempée ou plongée pour la dernière fois ? SI MOINS D'1 MOIS, ENREGISTRER '00'. SI MOINS DE 2 ANS, ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS. S'IL Y A '12 MOIS' OU '1 AN', INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE EXACT DE MOIS.	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 24 MOIS OU PLUS 95 PAS SÛR 98	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 24 MOIS OU PLUS 95 PAS SÛR 98	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 24 MOIS OU PLUS 95 PAS SÛR 98

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
37	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 39) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 39) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 39) ← PAS SÛR 8
38	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ? ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA PERSONNE CORRESPONDANTE À PARTIR DU TABLEAU DE MÉNAGE.	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
39		RETOURNEZ À Q.29 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE, ALLER À Q. 40	RETOURNEZ À Q.29 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE, ALLER À Q. 40	RETOURNEZ À Q.29 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE, ALLER À Q. 40

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
40 3	VÉRIFIER Q.38 TOUTES LES COLONNES ET LE TABLEAU MÉNAGE. LISTEZ CI-DESSOUS LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE CHAQUE MEMBRE DU MÉNAGE QUI N'A PAS DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIÈRE ET POSEZ LA QUESTION CORRESPONDANTE POUR CHAQUE PERSONNE. SI TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE ONT DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE. PASSEZ À 41A SI PLUS DE 6 PERSONNES N'ONT PAS DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.		
41	A) N° DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE NOM _____ Quel est la principale raison pour laquelle, (NOM) n'a pas dormi sous une moustiquaire la nuit dernière? SI PAS D'AUTRE PERSONNE, PASSEZ À Q.41A	N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ... 11 PAS ASSEZ DE MOUSTIQUAIRES 12 MOUSTIQUAIRE EN MAUVAISE CONDITION/DÉTRUITI..... 13 PERSONNE MALADE 14 CE N'EST PAS NÉCESSAIRE 15 N'AIME PAS DORMIR SOUS MOUSTIQUAIRE 16 NE CRAINT PAS LES MOUSTIQUES ... 17 IL FAIT TROP CHAUD 18 GARDER MOUSTIQUAIRE POUR UTILISATION FUTURE..... 19 AUTRE ... 96 NE SAIT PAS 98	
	B) N° DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE NOM _____ Quel est la principale raison pour laquelle, (NOM) n'a pas dormi sous une moustiquaire la nuit dernière? SI PAS D'AUTRE PERSONNE, PASSEZ À Q.41A	N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ... 11 PAS ASSEZ DE MOUSTIQUAIRES 12 MOUSTIQUAIRE EN MAUVAISE CONDITION/DÉTRUITI..... 13 PERSONNE MALADE 14 CE N'EST PAS NÉCESSAIRE 15 N'AIME PAS DORMIR SOUS MOUSTIQUAIRE 16 NE CRAINT PAS LES MOUSTIQUES ... 17 IL FAIT TROP CHAUD 18 GARDER MOUSTIQUAIRE POUR UTILISATION FUTURE..... 19 AUTRE ... 96 NE SAIT PAS 98	
	C) N° DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE NOM _____ Quel est la principale raison pour laquelle, (NOM) n'a pas dormi sous une moustiquaire la nuit dernière? SI PAS D'AUTRE PERSONNE, PASSEZ À Q.41A	N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ... 11 PAS ASSEZ DE MOUSTIQUAIRES 12 MOUSTIQUAIRE EN MAUVAISE CONDITION/DÉTRUITI..... 13 PERSONNE MALADE 14 CE N'EST PAS NÉCESSAIRE 15 N'AIME PAS DORMIR SOUS MOUSTIQUAIRE 16 NE CRAINT PAS LES MOUSTIQUES ... 17 IL FAIT TROP CHAUD 18 GARDER MOUSTIQUAIRE POUR UTILISATION FUTURE..... 19 AUTRE ... 96 NE SAIT PAS 98	
	D) N° DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE NOM _____ Quel est la principale raison pour laquelle, (NOM) n'a pas dormi sous une moustiquaire la nuit dernière? SI PAS D'AUTRE PERSONNE, PASSEZ À Q.41A	N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ... 11 PAS ASSEZ DE MOUSTIQUAIRES 12 MOUSTIQUAIRE EN MAUVAISE CONDITION/DÉTRUITI..... 13 PERSONNE MALADE 14 CE N'EST PAS NÉCESSAIRE 15 N'AIME PAS DORMIR SOUS MOUSTIQUAIRE 16 NE CRAINT PAS LES MOUSTIQUES ... 17 IL FAIT TROP CHAUD 18 GARDER MOUSTIQUAIRE POUR UTILISATION FUTURE..... 19 AUTRE ... 96 NE SAIT PAS 98	
	E) N° DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE NOM _____ Quel est la principale raison pour laquelle, (NOM) n'a pas dormi sous une moustiquaire la nuit dernière? SI PAS D'AUTRE PERSONNE, PASSEZ À Q.41A	N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ... 11 PAS ASSEZ DE MOUSTIQUAIRES 12 MOUSTIQUAIRE EN MAUVAISE CONDITION/DÉTRUITI..... 13 PERSONNE MALADE 14 CE N'EST PAS NÉCESSAIRE 15 N'AIME PAS DORMIR SOUS MOUSTIQUAIRE 16 NE CRAINT PAS LES MOUSTIQUES ... 17 IL FAIT TROP CHAUD 18 GARDER MOUSTIQUAIRE POUR UTILISATION FUTURE..... 19 AUTRE ... 96 NE SAIT PAS 98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
	F) N° DE <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE NOM _____ Quel est la principale raison pour laquelle, (NOM) n'a pas dormi sous une moustiquaire la nuit dernière? SI PAS D'AUTRE PERSONNE, PASSEZ À Q.41A	N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ... 11 PAS ASSEZ DE MOUSTIQUAIRES 12 MOUSTIQUAIRE EN MAUVAISE CONDITION/DÉTRUITI..... 13 PERSONNE MALADE 14 CE N'EST PAS NÉCESSAIRE 15 N'AIME PAS DORMIR SOUS MOUSTIQUAIRE 16 NE CRAINT PAS LES MOUSTIQUES ... 17 IL FAIT TROP CHAUD 18 GARDER MOUSTIQUAIRE POUR UTILISATION FUTURE..... 19 AUTRE ... 96 NE SAIT PAS 98	
41A	VÉRIFIER PAGE DE COUVERTURE: NUMÉRO DE GRAPPE GRAPPES [80 - 91] [94 - 116] [244 - 255] ↓ GRAPPES [117 - 126] [237 - 243] [275 - 284] ↓ AUTRES GRAPPES <input type="text"/> → 42		
41B	Au cours des mois de novembre et décembre 2012, avez-vous entendu ou reçu des messages sur la campagne de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide durable, ou MID?	Au cours des mois de décembre 2012 et février 2013, avez-vous entendu ou reçu des messages sur la campagne de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide durable, ou MID?	OUI 1 NON 2 → 42
41C	Avez-vous entendu ou reçu des message AVANT la distribution?	OUI 1 NON 2 → 41E	
41D	Par quels moyens, avez-vous entendu ou reçu ces messages? Pas d'autres moyens? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	VISITES À DOMICILE A ANIMATION DE MASSE/GROUPE B SPOTS RADIO/TE..... C AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
41E	Avez-vous entendu ou reçu des message PENDANT la distribution?	OUI 1 NON 2 → 41G	
41F	Par quels moyens, avez-vous entendu ou reçu ces messages? Pas d'autres moyens? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	VISITES À DOMICILE A ANIMATION DE MASSE/GROUPE B SPOTS RADIO/TE..... C AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
41G	Avez-vous entendu ou reçu des message APRÈS la distribution?	OUI 1 NON 2 → 42	
41H	Par quels moyens, avez-vous entendu ou reçu ces messages? Pas d'autres moyens? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	VISITES À DOMICILE A ANIMATION DE MASSE/GROUPE B SPOTS RADIO/TE..... C AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
41I	Quels messages avez-vous entendus ou reçus? Pas d'autres types de messages? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	OÙ CHERCHER UNE MID A QUAND CHERCHER UNE MID B LA MID EST GRATUITE C COMMENT SUSPENDRE UNE MID D COMMENT ENTRETENIR UNE MID E QUAND UTILISER LA MID F INTÉRÊT DE PRENDRE LA MID G AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
42	Possédez-vous actuellement une moustiquaire que vous n'utilisez plus pour dormir ?	OUI 1 NON 2	→ 46
43	Combien de moustiquaire possédez-vous actuellement que vous n'utilisez plus pour dormir? SI 5 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, ENREGISTRER '5'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES ... <input type="text"/>	
44	VÉRIFIEZ 43 <input type="checkbox"/> UNE SEULE MOUSTIQUAIRE Que faites-vous de la moustiquaire que vous n'utilisez plus pour dormir ? <input type="checkbox"/> PLUSIEURS MOUSTIQUAIRES Que faites-vous de la dernière moustiquaire usagée que vous n'utilisez plus pour dormir?	UTILISÉE POUR NETTOYAGE 1 UTILISE COMME RIDEAU 2 UTILISE POUR PROTÉGER RÉCOLTES ... 3 UTILISE POUR LA PÊCHE 4 GARDÉE POUR UTILISATION FUTURE ... 5 AUTRE USAGE 6 NE SAIS PAS 8	
45	VÉRIFIEZ 43 <input type="checkbox"/> UNE SEULE MOUSTIQUAIRE Préférez-vous garder la moustiquaire pour d'autres usages que dormir, ou la donner aux responsables locaux pour vous en débarrasser? <input type="checkbox"/> PLUSIEURS MOUSTIQUAIRES Préférez-vous garder la dernière moustiquaire usagée pour d'autres usages que dormir, ou la donner aux responsables locaux pour vous en débarrasser?	GARDER POUR AUTRES USAGES ... 1 DONNER POUR S'EN DÉBARASSER . 2 NE SAIT PAS 8	
46	Avez-vous possédé une moustiquaire que vous n'avez plus?	OUI 1 NON 2	→ 47A
47	La dernière fois que vous vous êtes débarrassé de votre dernière moustiquaire, qu'en avez-vous fait?	BRÛLÉ 11 ENTERRÉE 12 JETÉE 13 COMPOSTÉE 14 DONNÉE À QUELQU'UN 15 ÉCHANGÉE POUR UNE NOUVELLE 16 AUTRE 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
47A	Certaines personnes préfèrent certains types de moustiquaire pour dormir, c'est-à-dire certaines formes, couleurs ou textures. Avez-vous une préférence?	OUI 1 NON 2 PAS DE PREFI. 3	→ 47F
47B	Quelle forme de moustiquaire préférez-vous pour dormir?	RECTANGULAIRE 1 CONIQUE 2 AUTRE 6 (PRÉCISER) PAS DE PRÉFÉRENCE/PEU M'IMPORTE .. 7	
47C	Quelle type de texture de moustiquaire préférez-vous pour dormir? MONTREZ LES PHOTOS DE 2 TYPES E MOUSTIQUAIRES: EN POLYESTER ET EN POLYETHYLENE	TEXTURE SOUPLE/POLYESTER 1 TEXTURE RIGIDE/POLYETHYLENE 2 AUTRE 6 (PRÉCISER) PAS DE PRÉFÉRENCE/PEU M'IMPORTE .. 7	
47D	Quelle couleur de moustiquaire préférez-vous pour dormir?	BLANCHE 1 BLEUE 2 VERTE 3 ROSE 4 AUTRE 6 (PRÉCISER) PAS DE PRÉFÉRENCE/PEU M'IMPORTE .. 7	
47E	Quelle taille de moustiquaire préférez-vous pour dormir?	MOUSTIQUAIRE HAUTE (180cm) 1 MOUSTIQUAIRE COURTE (150cm) 2 AUTRE 6 (PRÉCISER) PAS DE PRÉFÉRENCE/PEU M'IMPORTE .. 7	
47F	Dans de nombreux villages, certaines personnes utilisent les moustiquaires pour autre chose que dormir, par exemple comme rideau ou comme filet de pêche. Est-ce que cela est fait avec des moustiquaires neuves, de vieilles moustiquaires ou avec les deux?	MOUSTIQUAIRES NEUVES 1 VIEILLES MOUSTIQUAIRES 2 LES 2 (VIEILLES ET NEUVES) 3 CELA N'ARRIVE PAS CHEZ NOUS 4 NE SAIT PAS 8	

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

48	VÉRIFIEZ LA COLONNE 9 DU TABLEAU DE MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS À Q.49 EN ORDRE SELON LE NUMÉRO DE LIGNE. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S). ASSUREZ-VOUS DE REMPLIR Q. 56 ET 57.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
49	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9 NOM DE LA COLONNE 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM
49A	Est-ce que (NOM) a pris un médicament contre le paludisme au cours des 30 derniers jours	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 50) ← NE SAIT PAS 3	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 50) ← NE SAIT PAS 3	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 50) ← NE SAIT PAS 3
49B	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris contre le paludisme? 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 DES ANTIPALUDIQUES COURANTS À L'ENQUÊTÉ.	ANTIPALUDIQUES SP (FANSIDAR, PALUDAR) A CHLOROQUINE (PALUSTOP) B AMODIAQUINE (LARIMAL) C QUININE D NIVAQUINE E ACTIPAL (ACT) F LARIMAL (ACT) G ARTEMODI (ACT) H ARSUMOON (ACT) I FALCIMON (ACT) J COARSUCAM K ASAQ L ARTESUNATE M AUTRE ACT/ACTm NON DÉTERMINÉ N AUTRE ANTI-PALUDIQUE O ASPIRINE P PARACETAMOL, ACETAMINOPHEN ... Q IBUPROFEN R AUTRE V (PRÉCISEZ) AUTRE W (PRÉCISEZ) AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES SP (FANSIDAR, PALUDAR) A CHLOROQUINE (PALUSTOP) B AMODIAQUINE (LARIMAL) C QUININE D NIVAQUINE E ACTIPAL (ACT) F LARIMAL (ACT) G ARTEMODI (ACT) H ARSUMOON (ACT) I FALCIMON (ACT) J COARSUCAM K ASAQ L ARTESUNATE M AUTRE ACT/ACTm NON DÉTERMINÉ N AUTRE ANTI-PALUDIQUE O ASPIRINE P PARACETAMOL, ACETAMINOPHEN ... Q IBUPROFEN R AUTRE V (PRÉCISEZ) AUTRE W (PRÉCISEZ) AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES SP (FANSIDAR, PALUDAR) A CHLOROQUINE (PALUSTOP) B AMODIAQUINE (LARIMAL) C QUININE D NIVAQUINE E ACTIPAL (ACT) F LARIMAL (ACT) G ARTEMODI (ACT) H ARSUMOON (ACT) I FALCIMON (ACT) J COARSUCAM K ASAQ L ARTESUNATE M AUTRE ACT/ACTm NON DÉTERMINÉ N AUTRE ANTI-PALUDIQUE O ASPIRINE P PARACETAMOL, ACETAMINOPHEN ... Q IBUPROFEN R AUTRE V (PRÉCISEZ) AUTRE W (PRÉCISEZ) AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z
49C	Quand (NOM) a-t-il/elle pris un médicament contre le paludisme la dernière fois? SI E JOUR EST INCONNU, ENERCLEZ '98'. INSISTEZ POUR OBTENIR LE MOIS (MÊME APPROXIMATIF) ET L'ANNÉE	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS LE JOUR ... 98 MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> NE CONNAIT PAS LE JOUR ... 98 MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> NE CONNAIT PAS LE JOUR ... 98 MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
50	Quelle est la date de naissance de (NOM) ? RECOPIEZ LE MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE À PARTIR DE 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE LA MÈRE ET DEMANDEZ LE JOUR. POUR LES ENFANTS QUI NE SONT INCLUS DANS AUCUN HISTORIQUE, DEMANDEZ LE JOUR, MOIS ET ANNÉE	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
51	VÉRIFIER 50 : ENFANT NÉ EN 2008 OU PLUS TARD ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 49 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 49 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 49 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)

52	VÉRIFIER 50 : L'ENFANT EST-IL ÂGÉ DE 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ LE MOIS DE L'INTERVIEW OU AU COURS DES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 49 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS AGE 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 49 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS AGE 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 49 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS AGE 2
53	NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT OU ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENREGISTREZ '00' SI NON LISTÉ.	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>
54	LISEZ LE CONSENTEMENT ECLAIRÉ POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLEZ LE CODE ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) _____ REFUSÉ 2	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) _____ REFUSÉ 2	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) _____ REFUSÉ 2
55	LISEZ LE CONSENTEMENT ECLAIRÉ POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLEZ LE CODE ET SIGNEZ.	ACCORDÉ TESTS RAPIDE ET FUTUR .. 1 ACCORDÉ SEULEMENT TEST RAPIDE 2 ACCORDÉ SEULEMENT FUTUR TEST 3 (SIGNATURE) _____ TESTS RAPIDE ET FUTUR REFUSÉS .. 4	ACCORDÉ TESTS RAPIDE ET FUTUR .. 1 ACCORDÉ SEULEMENT TEST RAPIDE 2 ACCORDÉ SEULEMENT FUTUR TEST 3 (SIGNATURE) _____ TESTS RAPIDE ET FUTUR REFUSÉS .. 4	ACCORDÉ TESTS RAPIDE ET FUTUR .. 1 ACCORDÉ SEULEMENT TEST RAPIDE 2 ACCORDÉ SEULEMENT FUTUR TEST 3 (SIGNATURE) _____ TESTS RAPIDE ET FUTUR REFUSÉS .. 4
RÉALISEZ LES TESTS SUR LES ENFANTS POUR LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ ACCORDÉ ET CONTINUEZ AVEC 58				
56	ENREGISTREZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI	G/DL <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT 994 REFUSÉ 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT 994 REFUSÉ 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT 994 REFUSÉ 995 AUTRE 996
		ENFANT 1 NOM _____	ENFANT 2 NOM _____	ENFANT 3 NOM _____
57	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TEST DE PALUDISME	TESTÉ ET SANG COLLECTÉ 1 TEST REFUSÉ MAIS SANG COLLECTÉ .. 2 TESTÉ MAIS SANG REFUSÉ 3 → 59 TEST ET SANG REFUSÉ 4 } ABSENT 5 } → 69 AUTRE 6 }	TESTÉ ET SANG COLLECTÉ 1 TEST REFUSÉ MAIS SANG COLLECTÉ .. 2 TESTÉ MAIS SANG REFUSÉ 3 → 59 TEST ET SANG REFUSÉ 4 } ABSENT 5 } → 69 AUTRE 6 }	TESTÉ ET SANG COLLECTÉ 1 TEST REFUSÉ MAIS SANG COLLECTÉ .. 2 TESTÉ MAIS SANG REFUSÉ 3 → 59 TEST ET SANG REFUSÉ 4 } ABSENT 5 } → 69 AUTRE 6 }
58	ÉTIQUETTES CODES À BARRES 1) COLLEZ LA 1 ^{ère} ÉTIQUETTE DANS LA COLONNE APPROPRIÉE. 2) COLLEZ LA 2 ^è ÉTIQUETTE SUR LA LAME CORRESPONDANTE. 3) COLLEZ LA 3 ^è ÉTIQUETTE SUR LE PAPIER FILTRE CORRESPONDANT. 4) COLLEZ LA 4 ^è ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1ere ETIQUETTE ICI ABSENT 994 REFUSÉ 995 AUTRE 996	COLLEZ LA 1ere ETIQUETTE ICI ABSENT 994 REFUSÉ 995 AUTRE 996	COLLEZ LA 1ere ETIQUETTE ICI ABSENT 994 REFUSÉ 995 AUTRE 996
59	VÉRIFIER Q.57 CODE RÉSULTAT DU TEST DU PALUDISME	CODE '2' ENCERCLÉ, SANG COLLECTÉ ET TEST REFUSÉ AUTRE PASSEZ À 69 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CODE '2' ENCERCLÉ, SANG COLLECTÉ ET TEST REFUSÉ AUTRE PASSEZ À 69 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CODE '2' ENCERCLÉ, SANG COLLECTÉ ET TEST REFUSÉ AUTRE PASSEZ À 69 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
60	RÉSULTAT DU TEST DE PALUDISME	POSITIF AU FALCIPARUM 1 POSITIF AUTRES 2 NEGATIF 3 Q.69 ← AUTRE 6	POSITIF AU FALCIPARUM 1 POSITIF AUTRES 2 NEGATIF 3 Q.69 ← AUTRE 6	POSITIF AU FALCIPARUM 1 POSITIF AUTRES 2 NEGATIF 3 Q.69 ← AUTRE 6

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
61	VÉRIFIER Q.56 NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0g/dl ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 g/dl OUPLUS 2	EN-DESSOUS DE 8.0g/dl ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 g/dl OUPLUS 2	EN-DESSOUS DE 8.0g/dl ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 g/dl OUPLUS 2
62	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants: - 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 ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	OUI NON NSP	OUI NON NSP	OUI NON NSP
		PROSTRATION ... 1 2 8 PERTE CONSCIENCE 1 2 8 INS. RESPIRATOIRE 1 2 8 CONVULSION ... 1 2 8 SAIGNEMENTS ... 1 2 8 ICTÈRE/JAUNISSE . 1 2 8 URINE NOIRE/BRUNE 1 2 8 VOMISSEMENTS . 1 2 8	PROSTRATION ... 1 2 8 PERTE CONSCIENCE 1 2 8 INS. RESPIRATOIRE 1 2 8 CONVULSION ... 1 2 8 SAIGNEMENTS ... 1 2 8 ICTÈRE/JAUNISSE . 1 2 8 URINE NOIRE/BRUNE 1 2 8 VOMISSEMENTS . 1 2 8	PROSTRATION ... 1 2 8 PERTE CONSCIENCE 1 2 8 INS. RESPIRATOIRE 1 2 8 CONVULSION ... 1 2 8 SAIGNEMENTS ... 1 2 8 ICTÈRE/JAUNISSE . 1 2 8 URINE NOIRE/BRUNE 1 2 8 VOMISSEMENTS . 1 2 8
63	VÉRIFIER Q.61 ET 62 NIVEAU D'HÉMOGLOBINE (Q.61) SYMPTÔMES (Q.62)	ANÉMIE SÉVÈRE (Q61=1) <u>ET/OU</u> AU MOINS UN CODE 1 ENCERCLÉ À Q.62 ↙ (PASSEZ À 66) ↙ PAS D'ANÉMIE SÉVÈRE (Q.61=2) <u>ET</u> AUCUN CODE 1 ENCERCLÉ À Q.62 2	ANÉMIE SÉVÈRE (Q61=1) <u>ET/OU</u> AU MOINS UN CODE 1 ENCERCLÉ À Q.62 ↙ (PASSEZ À 66) ↙ PAS D'ANÉMIE SÉVÈRE (Q.61=2) <u>ET</u> AUCUN CODE 1 ENCERCLÉ À Q.62 2	ANÉMIE SÉVÈRE (Q61=1) <u>ET/OU</u> AU MOINS UN CODE 1 ENCERCLÉ À Q.62 ↙ (PASSEZ À 66) ↙ PAS D'ANÉMIE SÉVÈRE (Q.61=2) <u>ET</u> AUCUN CODE 1 ENCERCLÉ À Q.62 2
64	Est-ce qu'au cours des deux dernières semaines (NOM) a suivi un traitement médical contre le paludisme prescrit par un médecin, un agent de santé, ou un agent communautaire ?	OUI, SUIV (A SUIVI) UN TRAITEMENT MEDICAL CONTRE LE PALU (PASSEZ À 67) ↙ 1 NON 2	OUI, SUIV (A SUIVI) UN TRAITEMENT MEDICAL CONTRE LE PALU (PASSEZ À 67) ↙ 1 NON 2	OUI, SUIV (A SUIVI) UN TRAITEMENT MEDICAL CONTRE LE PALU (PASSEZ À 67) ↙ 1 NON 2
65	LISEZ LES INFORMATIONS SUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LE CONSENTEMENT INFORMÉ AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 _____ ↙ (SIGNATURE) REFUSÉ 2 PUIS PASSER À 68	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 _____ ↙ (SIGNATURE) REFUSÉ 2 PUIS PASSER À 68	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 _____ ↙ (SIGNATURE) REFUSÉ 2 PUIS PASSER À 68
66	DÉCLARATION POUR SYMPTÔMES SÉVÈRES	LISEZ LA DÉCLARATION POUR LES ENFANTS AVEC UN TEST DU PALUDISME POSITIF ET UNE ANÉMIE SÉVÈRE ET/OU UN DES SYMPTÔMES DE Q.62 PUIS PASSER À 68	LISEZ LA DÉCLARATION POUR LES ENFANTS AVEC UN TEST DU PALUDISME POSITIF ET UNE ANÉMIE SÉVÈRE ET/OU UN DES SYMPTÔMES DE Q.62 PUIS PASSER À 68	LISEZ LA DÉCLARATION POUR LES ENFANTS AVEC UN TEST DU PALUDISME POSITIF ET UNE ANÉMIE SÉVÈRE ET/OU UN DES SYMPTÔMES DE Q.62 PUIS PASSER À 68
67	DÉCLARATION POUR LES ENFANTS DÉJÀ SOUS TRAITEMENT	LISEZ LA DÉCLARATION POUR LES ENFANTS DÉJÀ SOUS TRAITEMENT	LISEZ LA DÉCLARATION POUR LES ENFANTS DÉJÀ SOUS TRAITEMENT	LISEZ LA DÉCLARATION POUR LES ENFANTS DÉJÀ SOUS TRAITEMENT
68	NOTER LE RÉSULTAT DU TRAITEMENT DU <u>PALUDISME</u>	MÉDICAMENT DONNÉ . 1 MÉDICAMENT REFUSÉ MAIS RÉFÉRÉ 2 SÉRIEUSEMENT MALADE PAS TRAITÉ MAIS RÉFÉRÉ 3 DÉJÀ TRAITÉ ET RÉFÉRÉ 4	MÉDICAMENT DONNÉ . 1 MÉDICAMENT REFUSÉ MAIS RÉFÉRÉ 2 SÉRIEUSEMENT MALADE PAS TRAITÉ MAIS RÉFÉRÉ 3 DÉJÀ TRAITÉ ET RÉFÉRÉ 4	MÉDICAMENT DONNÉ . 1 MÉDICAMENT REFUSÉ MAIS RÉFÉRÉ 2 SÉRIEUSEMENT MALADE PAS TRAITÉ MAIS RÉFÉRÉ 3 DÉJÀ TRAITÉ ET RÉFÉRÉ 4
69		RETOURNER À 49 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA 1 ^{ère} COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S); S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW.		

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT INFORMÉ POUR LE TEST D'ANÉMIE

Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.

Nous demandons que tous les enfants nés en 2008 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. 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 sera détruit. Les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels. Si le test indique que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère, nous le référerons au centre de santé le plus proche pour suivi.

Nous souhaiterions avoir votre consentement pour tester (NOM DE L'ENFANT) pour l'anémie

Avez-vous des questions sur le teste d'anémie ?

Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'.

C'est votre décision.

Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) à participer au test d'anémie ?

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT INFORMÉ POUR LE TEST DE PALUDISME

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 2008 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. 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 immédiatement pour le paludisme et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les autres gouttes de sang seront testées plus tard en laboratoire pour des analyses plus poussées sur le paludisme. Les résultats de ces tests additionnels ne pourront pas vous être retournés. Les résultats sont strictement confidentiels.

Nous souhaiterions avoir votre consentement pour tester (NOM DE L'ENFANT) immédiatement pour le paludisme et pour utiliser quelques gouttes de sang pour des tests supplémentaires de paludisme au laboratoire central.

Avez-vous des questions sur le test de paludisme ?

Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'.

C'est votre décision.

Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) à participer au test de paludisme ?

TRAITEMENT DES ENFANTS AVEC UN TEST DU PALUDISME POSITIF

SI LE TEST DE PARASITÉMIE PALUSTRE EST POSITIF: Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a le paludisme. Nous pouvons vous offrir des médicaments gratuits. Ces médicaments sont appelés ACT. ACT est très efficace et devra en quelques jours débarrasser (NOM DE L'ENFANT) de la fièvre et d'autres symptômes. ACT est également très sûr. Cependant, avec chaque médicament, il y a des effets secondaires, et ce médicament peut en avoir. Les effets secondaires les plus communs sont le vertige, la fatigue, le manque d'appétit et les palpitations.

C'est à vous décider.

Dites-moi SVP si vous acceptez le médicament ou non? pour traiter (NOM DE L'ENFANT). Si vous n'acceptez pas, je référerai (NOM DE L'ENFANT) au centre de santé le plus proche pour traitement.

TRAITEMENT AVEC ACT (Artésunate Amodiaquine Winthrop)

Enfants de moins de 1 an ou de moins de 8 Kgs	Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)
Enfants de 1-5 ans ou de 8-17 Kgs	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)

IL FAUT ÉGALEMENT DIRE AU PARENT/RESPONSABLE ADULTE DE L'ENFANT :

Si [NOM DE L'ENFANT] a un des symptômes suivants, vous devez le/la mener immédiatement auprès d'un médecin ou d'un agent de santé pour recevoir des soins:

- Forte fièvre
- Convulsions, coma
- Respiration rapide ou difficulté de respirer
- N'est pas capable de boire ou de têter
- Devient plus malade ou ne s'améliore pas dans 2 jours

DÉCLARATION POUR LES ENFANTS AVEC UN TEST DU PALUDISME POSITIF ET UNE SÉVÈRE ANÉMIE ET/OU UN DES SYMPTÔMES DE Q.62

Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a le paludisme. Mais il a également (UNE ANÉMIE SÉVÈRE Q.61 ET/OU UN OU DES SYMPTOMES DE Q.62) c'est-à-dire qu'il est sérieusement malade. Je ne peux pas lui donner de traitement, mais vous devez le/la mener immédiatement auprès d'un médecin ou d'un agent de santé pour traitement.

DÉCLARATION POUR LES ENFANTS AVEC UN TEST DU PALUDISME POSITIF ET DÉJÀ SOUS TRAITEMENT

Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) suit/vient de suivre un traitement contre le paludisme, cependant le test pour le diagnostic du paludisme montre qu'il/elle a toujours le paludisme. Je ne peux pas lui donner de traitement, mais vous devriez le/la mener auprès d'un médecin ou d'un agent de santé pour des examens supplémentaires.

