

**ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME AU MALI (EIPM-2015)**  
QUESTIONNAIRE FEMME

MALI  
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INSTAT)  
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME (PNLP)  
INFO-STAT - ICF INTERNATIONAL

IDENTIFICATION																													
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td>GRAPPE</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>CONCESSION</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>MENAGE</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>REGION</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>MILIEU</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>MILIEU DETAILLE</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>N° DE LIGNE</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	GRAPPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONCESSION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MENAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MILIEU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MILIEU DETAILLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N° DE LIGNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRAPPE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
CONCESSION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
MENAGE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
REGION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
MILIEU		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
MILIEU DETAILLE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
N° DE LIGNE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																													
NUMÉRO DE GRAPPE .....																													
NUMÉRO DE CONCESSION .....																													
NUMÉRO DE MÉNAGE .....																													
REGION ADMINISTRATIVE _____																													
MILIEU (URBAIN = 1 , RURAL = 2)																													
MILIEU DETAILLE (BAMAKO= 1, AUTRE VILLE = 2, RURAL = 3) .....																													
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; border-collapse: collapse;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS												
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr></table>	2	0	1	5								
2	0	1	5													
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____		N° ENQUÊT. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
	_____	_____	_____	RÉSULTAT <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
	_____	_____	_____	NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>																
<p>* CODES RÉSULTAT :</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td>1 REMPLI</td> <td>4 REFUSÉ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 PAS À LA MAISON</td> <td>5 PARTIELLEMENT REMPLI</td> <td>7 AUTRE</td> <td>_____ (PRÉCISEZ)</td> </tr> <tr> <td>3 DIFFÉRÉ</td> <td>6 INCAPACITÉ</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					1 REMPLI	4 REFUSÉ			2 PAS À LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI	7 AUTRE	_____ (PRÉCISEZ)	3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ		
1 REMPLI	4 REFUSÉ															
2 PAS À LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI	7 AUTRE	_____ (PRÉCISEZ)													
3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ															

LANGUE DE QUESTIONNAIRE 

1
---

LANGUE DE L'INTERVIEW 

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

INTERPRETE (OUI = 1, NON = 2) 

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

- \* CODES DE LANGUE :
- |                    |                     |                |
|--------------------|---------------------|----------------|
| 01 FRANCAIS        | 05 SENOULO/MINIANKA | 09 BOBO/DAFING |
| 02 BAMBARA/MALINKE | 06 MARKA/SONINKE    | 10 BOZO/SOMONO |
| 03 SONRAI/DJERMA   | 07 DOGON            | 96 AUTRE       |
| 04 PEUHL/FOULFOUDE | 08 TAMACHECK/BELLA  |                |

CHEF D' EQUIPE	CONTROLE AU BUREAU EFFECTUÉ	EDITION				
NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

**CONSENTEMENT INFORMÉ**

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour le PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME (PNLP), INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INSTAT) ET INFO-STAT. Nous effectuons une enquête nationale sur le paludisme dans tout le pays. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 20 et 30 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 d'y participer car votre opinion est très importante. 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 ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter la personne dont le nom figure sur la carte qui a déjà été donnée à votre ménage.

Avez-vous des questions ? Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																														
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 : 1er cycle fondamental (primaire), 2nd cycle fondamental (secondaire 1), lycée ou enseignement technique (secondaire 2), ou supérieur ?	PRIMAIRE (1er cycle fondamental) ... 1 SECONDAIRE 1 (2nd cycle) ..... 2 SECONDAIRE 2 (Lycée, technique, etc) 3 SUPERIEUR) ..... 4																															
106	Quel est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE/ANNEE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Niveau</th> <th>1er cycle fondamental =1</th> <th>2nd cycle fondamental =2</th> <th>Lycée, enseignmt technique=3</th> <th>Supérieur=4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="6">Classe</td> <td>1ère année=1</td> <td>1ère année=1</td> <td>1ère année=1</td> <td>1ère année=1</td> </tr> <tr> <td>2è année=2</td> <td>2è année=2</td> <td>2è année=2</td> <td>2è année=2</td> </tr> <tr> <td>3è année=3</td> <td>3è année=3</td> <td>3è année=3</td> <td>3è année=3</td> </tr> <tr> <td>4è année=4</td> <td></td> <td>4è année=4</td> <td>4è année=4</td> </tr> <tr> <td>5è année=5</td> <td></td> <td>5è année+=5</td> <td>5è année+=5</td> </tr> <tr> <td>6è année=6</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Niveau	1er cycle fondamental =1	2nd cycle fondamental =2	Lycée, enseignmt technique=3	Supérieur=4	Classe	1ère année=1	1ère année=1	1ère année=1	1ère année=1	2è année=2	2è année=2	2è année=2	2è année=2	3è année=3	3è année=3	3è année=3	3è année=3	4è année=4		4è année=4	4è année=4	5è année=5		5è année+=5	5è année+=5	6è année=6					
Niveau	1er cycle fondamental =1	2nd cycle fondamental =2	Lycée, enseignmt technique=3	Supérieur=4																													
Classe	1ère année=1	1ère année=1	1ère année=1	1ère année=1																													
	2è année=2	2è année=2	2è année=2	2è année=2																													
	3è année=3	3è année=3	3è année=3	3è année=3																													
	4è année=4		4è année=4	4è année=4																													
	5è année=5		5è année+=5	5è année+=5																													
	6è année=6																																

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
107	VÉRIFIEZ 105:  PRIMAIRE <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/>		109
108	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase.  MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE.  SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ: Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1 PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES DE LA PHRASE ..... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉE ..... 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ..... 5	
109	Quelle est votre religion ?	MUSULMANE ..... 1 CATHOLIQUE ..... 2 PROTESTANTE ..... 3 TRADITIONNELLE/ANIMISTE ..... 4 SANS RELIGION/AUCUNE ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
110	Quelle est votre ethnie?         SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE QU'ELLE N'EST PAS MALIENNE; DEMANDER SA NATIONALITÉ	CODE ETHNIE (POUR LES MALIENS) BAMBARA ..... 01 MALINKE ..... 02 PEUL/FULFULDE ..... 03 SARAKOLE/SONINKE/MARKA/KASSONKÉ ..... 04 SONRAÏ ..... 05 DOGON/BOZO ..... 06 TAMACHEK/BÉLLA/ARABE/MAURE ..... 07 SÉNOUFO/MINIANKA ..... 08 BOBO/MOSSI/SAMOKO ..... 09  CODE NATIONALITÉ (POUR LES ÉTRANGERS) PAYS CEDEAO ..... 11 AUTRES PAYS AFRICAINS ..... 12 AUTRES NATIONALITÉS ..... 13  AUTRE ETHNIE ..... 96 (A PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 98	
111	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous entendu ou vu un message quelconque sur le paludisme?	OUI ..... 1 NON ..... 2	113
112	Par quelle source avez-vous entendu ou vu un message sur le paludisme?   INSISTER : Autres sources?      ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	RADIO ..... A TELEVISION ..... B AFFICHE MURALE ..... C AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE ... D EVENEMENT DANS LA COMMUNAUTE ... E ANIMATEURS D'ONG/OBC ..... F PERSONNEL DE SANTE ..... G CRIEURS PUBLICS/VILLAGE/ MARCHÉ/QUARTIER ..... H HÔPITAL/ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ... I ÉCOLE/ENSEIGNANTS ..... J AMI/VOISIN/FAMILLE/ÉGLISE/MOSQUÉ! ... K INTERNET/MESSAGES TÉLÉPHONIQUE ... L AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	
113	Connaissez-vous la pulvérisation intra domiciliaire?	OUI ..... 1 NON ..... 2	115
114	Souhaiteriez-vous que votre logement soit pulvérisé	OUI ..... 1 NON ..... 2	

## SECTION 1 (SUITE). CONNAISSANCE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
115	<p>A votre avis, quelle est la principale cause du paludisme?</p> <p>PIQÛRE DE MOUSTIQUE</p> <p>INSISTER : Aucune autre façon ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>PIQÛRE DE MOUSTIQUE ..... A</p> <p>CONSOMMATION ABUSIVE D'HUILE/D'OEUFS ..... B</p> <p>FATIGUE DUE AU TRAVAIL ..... C</p> <p>INSUFFISANCE DU SOMMEIL/ FATIGUE ..... D</p> <p>EXPOSITION DIRECTE AU SOLE ..... E</p> <p>CONSOMMATION DES MANGUES/ FRUITS SUCRE ..... F</p> <p>CONSOMMATION DE LAIT ..... G</p> <p>EAU SALE/ENVIRONNEMENT SALE/SALETÉS ..... H</p> <p>ALIMENTS SALES/MAL CONSERVÉS/MOUCHES ..... I</p> <p>ALIMENTS FROIDS/ALIMENTS GLACÉS ..... J</p> <p>FRAICHEUR/HUMIDITÉ/ PLUIES ..... K</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	<p>117</p> <p>→</p>
116	<p>A votre avis, à quel moment, les moustiques qui transmettent le paludisme piquent-ils?</p>	<p>LE MATIN ..... 01</p> <p>A MIDI ..... 02</p> <p>APRÈS-MIDI/LE SOIR ..... 03</p> <p>AU CRÉPUSCULE ..... 04</p> <p>PREMIÈRE MOITIE DE LA NUIT ..... 05</p> <p>DEUXIÈME MOITIE DE LA NUIT ..... 06</p> <p>A L'AUBE ..... 07</p> <p>TOUTE LA JOURNÉE/ A TOUT MOMENT ..... 08</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
117	<p>Quels sont, selon vous, les symptômes du paludisme ?</p> <p>INSISTER : Autres symptômes?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>FIÈVRE ..... A</p> <p>MANQUE D'APPÉTIT/ VOMISSEMENTS ..... B</p> <p>TEMPÉRATURE ÉLEVÉE AVEC CONVULSIONS ..... C</p> <p>TEMPÉRATURE ÉLEVÉE AVEC ÉVANOUISSEMENT ..... D</p> <p>TEMPÉRATURE PERSISTANTE CONVULSIONS ..... E</p> <p>CONVULSIONS ..... F</p> <p>JAUNISSE ..... G</p> <p>URINES JAUNES/URINES COLORÉES FONCÉES ..... H</p> <p>CÉPHALÉS/MIGRAINES/MAUX DE TÊTE ..... I</p> <p>COURBATURE/DOULEURS DES ARTICULATIONS ..... J</p> <p>DIARRHÉE ..... K</p> <p>PALEUR/DÉMAGEAISON ..... L</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
118	<p>Quels sont les moyens efficaces pour prévenir le paludisme ?</p> <p>INSISTER : Aucun autre moyen ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE SIMPLEMENT UNE MOUSTIQUAIRE; DEMANDER QUEL TYPE DE MOUSTIQUAIRE (IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE OU NON TRAITÉE)</p>	<p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE (NON TRAITÉE) ... A</p> <p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE (TRAITEE) ..... B</p> <p>EN PRENANT DES MÉDICAMENTS PRÉVENTIFS ..... C</p> <p>EN UTILISANT UN INSECTICIDE/ DIFFUSEURS/CRÈMES/ LOTIONS/RÉPULSIFS ..... D</p> <p>EN UTILISANT UN SERPENTIN ANTI-MOUSTIQUE SPIRALE ... E</p> <p>DECOCTION/JUS DE PLANTE/RACINE A BOIRE A TITRE PREVENT ..... F</p> <p>EN NETTOYANT LES ENVIRONS ..... G</p> <p>ASPERSION INTRA DOMICILIAIF ..... H</p> <p>GRILLAGES AUX FENETRES ..... I</p> <p>EN UTILSANT UN SERPENTIN ANTI-MOUSTIQUE FUMIGÈNE ..... J</p> <p>EN UTILISANT DES PLAQUETTES ELECTRIQUES ..... K</p> <p>CLIMATISEURS/VENTILATEUF ..... L</p> <p>POUDRE(EPANDAGE)/PULVÉRI- SATION INTRADOMICILIAIRE ..... M</p> <p>SE COUVRIR LE CORP ..... N</p> <p>ÉVITER MANGER ALIMENTS HUI- LEUX/HUILE/GRAS ..... O</p> <p>AUTRE _____ W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
119	<p>Quels moyens utilisez-vous pour vous protéger contre le paludisme?</p> <p>INSISTER : Aucun autre moyen ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE SIMPLEMENT UNE MOUSTIQUAIRE; DEMANDER QUEL TYPE DE MOUSTIQUAIRE (IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE OU NON TRAITÉE)</p>	<p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE (NON TRAITÉE) ... A</p> <p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE (TRAITEE) ..... B</p> <p>EN PRENANT DES MÉDICAMENTS PRÉVENTIFS ..... C</p> <p>EN UTILISANT UN INSECTICIDE/ DIFFUSEURS/CRÈMES/ LOTIONS/RÉPULSIFS ..... D</p> <p>EN UTILISANT UN SERPENTIN ANTI-MOUSTIQUE SPIRALE ... E</p> <p>DECOCTION/JUS DE PLANTE/RACINE A BOIRE A TITRE PREVENT ..... F</p> <p>EN NETTOYANT LES ENVIRONS ..... G</p> <p>ASPERSION INTRA DOMICILIAIF . . . H</p> <p>GRILLAGES AUX FENETRES' . . . . I</p> <p>EN UTILSANT UN SERPENTIN ANTI-MOUSTIQUE FUMIGÈNE ..... J</p> <p>EN UTILISANT DES PLAQUETTES ELECTRIQUES ..... K</p> <p>CLIMATISEURS/VENTILATEUF ..... L</p> <p>POUDRE(EPANDAGE)/PULVÉRI- SATION INTRADOMICILIAIRE ..... M</p> <p>SE COUVRIR LE CORP ..... N</p> <p>ÉVITER MANGER ALIMENTS HUI- LEUX/HUILE/GRAS ..... O</p> <p>AUTRE _____ W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
119A	<p>Quelles sont les personnes 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 CINQ ANS... A  LES ENFANTS ..... B  LES FEMMES ENCEINTE! ..... C  LES FEMMES ..... D  LES HOMMES ..... E  LES PERSONNES ÂGÉES ..... F  TOUT LE MONDE ..... G  PERSONNES À PEAU CLAIRE/  BLANCHE ..... H  PERSONNES N'AIMANT PAS MOUS-  TIQUAIRE/PERSONNES NE DOR-  MANT PAS SOUS MOUSTI-  QUAIRE ..... I  AUTRE ..... X  (PRÉCISER)  NE SAIT PAS ..... Z</p>	
119B	<p>Quels sont, selon vous, les moyens efficaces pour traiter et guérir le paludisme chez l'enfant lorsqu'il est malade ?</p> <p>INSISTER ET MONTRER PHOTOS DES MÉDICAMENTS :  Aucun autre moyen ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE SIMPLEMENT UNE MOUSTIQUAIRE;  DEMANDER QUEL TYPE DE MOUSTIQUAIRE (IMPRÉGNÉE  D'INSECTICIDE OU NON TRAITÉE)</p>	<p>PRENDRE DES MÉDICAMENT ..... A  EN DORMANT SOUS UNE  MOUSTIQUAIRE (NON TRAITÉE) ... B  EN DORMANT SOUS UNE  MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE  D'INSECTICIDE (TRAITÉE) ..... C  FAIRE BAISSER LA FIÈVRE ..... D</p> <p>DONNER MÉDICAMENT TRADITIONNEL:  DECOCTION/JUS DE PLANTE/  RACINE A BOIRE ..... E  AUTRE MÉDICAMENT TRADITION-  NEL: ..... F  (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE MOYEN: ..... X  (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	<p>→ 119D</p>
119C	<p>Quels sont ces médicaments qui, selon vous, sont efficaces pour traiter et guérir le paludisme chez l'enfant lorsqu'il est malade ?</p> <p>INSISTER ET MONTRER PHOTOS DES MÉDICAMENTS :  Aucun autre moyen ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p><b>ANTIPALUDIQUES</b>  COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À  BASE D'ARTÉMISININE (CTA) ..... A  SP/FANSIDAR ..... B  CHLOROQUINE ..... C  AMODIAQUINE ..... D  QUININE COMPRIMÉ ..... E  QUININE INJECTION/IV ..... F  ARTESUNATE (VOIE RECTALE) ... G  ARTESUNATE (INJECTION/IV) ..... H  AUTRE ANTI-PALUDIQUE:  ..... I  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b>  COMPRIMÉS/SIROP ..... J  INJECTION ..... K</p> <p><b>AUTRE MÉDICAMENT</b>  ASPIRINE ..... L  PARACETAMOL ..... M  ACETAMINOPHEN ..... N  IBUPROFEN ..... O  KUNBILENI ..... P</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT:  ..... W  (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT:  ..... X  (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
119D	<p>Quels sont, selon vous, les moyens efficaces pour traiter et guérir le paludisme chez un adulte lorsqu'il est malade ?</p> <p>INSISTER ET MONTRER PHOTOS DES MÉDICAMENTS : Aucun autre moyen ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE SIMPLEMENT UNE MOUSTIQUAIRE; DEMANDER QUEL TYPE DE MOUSTIQUAIRE (IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE OU NON TRAITÉE)</p>	<p>PRENDRE DES MÉDICAMENT ..... A EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE (NON TRAITÉE) ... B EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE (TRAITÉE)..... C FAIRE BAISSER LA FIÈVRE ..... D</p> <p>DONNER MÉDICAMENT TRADITIONNEL: DECOCTION/JUS DE PLANTE/ RACINE A BOIRE ..... E AUTRE MÉDICAMENT TRADITION- NEL: _____ F (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE MOYEN: _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	<p>120</p>
119E	<p>Quels sont ces médicaments qui, selon vous, sont efficaces pour traiter et guérir le paludisme chez un adulte lorsqu'il est malade ?</p> <p>INSISTER ET MONTRER PHOTOS DES MÉDICAMENTS : Aucun autre moyen ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p><b>ANTIPALUDIQUES</b> COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) ..... A SP/FANSIDAR ..... B CHLOROQUINE ..... C AMODIAQUINE ..... D QUININE COMPRIMÉ ..... E QUININE INJECTION/IV ..... F ARTESUNATE (VOIE RECTALE) .... G ARTESUNATE (INJECTION/IV) ..... H AUTRE ANTI-PALUDIQUE: _____ I (PRÉCISEZ)</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b> COMPRIMÉS/SIROP ..... J INJECTION ..... K</p> <p><b>AUTRE MÉDICAMENT</b> ASPIRINE ..... L PARACETAMOL ..... M ACETAMINOPHEN ..... N IBUPROFEN ..... O KUNBILENI ..... P</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT: _____ W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT: _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES			CODES	PASSER À	
120	Avez-vous entendu de maniere reguliere des messages de sensibilisation sur le paludisme à votre radio locale?	OUI 1	NON 2 ↓ 121	Dans quelles langues ces messages sont-ils diffuses? FRANCAIS ..... A BAMBARA ..... B MALINKE ..... C PEUL/FULFULDE ..... D SARAKOLE/SONINKE/MARKA E SONRAÏ ..... F DOGON/BOZO ..... G TAMACHEK/BÉLLA/ARABE/ MAURE ..... H SÉNOUFO/MINIANKA ..... I BOBO ..... J AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	Ces messages sont-ils compre hensibles? OUI ..... 1 NON ..... 2	A quelle moment de la journee ces messages sont ils diffuses? MATIN .. A MIDI .. B APRES-MIDI .. C SOIR .. D
121	Avez-vous vu/entendu de maniere reguliere des messages de sensibilisation sur le paludisme à votre television locale?	OUI 1	NON 2 ↓ 122	Dans quelles langues ces messages sont-ils diffuses? FRANCAIS ..... A BAMBARA ..... B MALINKE ..... C PEUL/FULFULDE ..... D SARAKOLE/SONINKE/MARKA E SONRAÏ ..... F DOGON/BOZO ..... G TAMACHEK/BÉLLA/ARABE/ MAURE ..... H SÉNOUFO/MINIANKA ..... I BOBO ..... J AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	Ces messages sont-ils compre hensibles? OUI ..... 1 NON ..... 2	A quelle moment de la journee ces messages sont ils diffuses? MATIN .. A MIDI .. B APRES-MIDI .. C SOIR .. D
122	Avez-vous entendu de maniere reguliere des messages de sensibilisation sur le paludisme avec les Agents de Santé Communautaire (ASC), les Organisations à Base Communautaire (OBC)?	OUI 1	NON 2 ↓ 123	Dans quelles langues ces messages sont-ils diffusés? FRANCAIS ..... A BAMBARA ..... B MALINKE ..... C PEUL/FULFULDE ..... D SARAKOLE/SONINKE/MARKA E SONRAÏ ..... F DOGON/BOZO ..... G TAMACHEK/BÉLLA/ARABE/ MAURE ..... H SÉNOUFO/MINIANKA ..... I BOBO ..... J AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	Ces messages sont-ils compre hensibles? OUI ..... 1 NON ..... 2	
123	Avez-vous entendu de maniere reguliere des messages de sensibilisation sur le paludisme dans les lieux de culte (mosquee, eglise) ou avec les leaders communautaire?	OUI 1	NON 2 ↓ 124	Dans quelles langues ces messages sont-ils diffusés? FRANCAIS ..... A BAMBARA ..... B MALINKE ..... C PEUL/FULFULDE ..... D SARAKOLE/SONINKE/MARKA E SONRAÏ ..... F DOGON/BOZO ..... G TAMACHEK/BÉLLA/ARABE/ MAURE ..... H SÉNOUFO/MINIANKA ..... I BOBO ..... J AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	Ces messages sont-ils compre hensibles? OUI ..... 1 NON ..... 2	



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
124	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous		OUI NON
	1 Entendu des chansons/clips sur la campagne de sensibilisation sur le paludisme à la radio ?	1 ENTENDU MESSAGE A LA RADIO	1 2
	2 Entendu/vu des chansons sur la campagne de sensibilisation sur le paludisme à la television ?	2 ENTENDU/VU MESSAGE A LA TELEVISION	1 2
	3 Vu des clips sur la campagne de sensibilisation sur le paludisme à la télévision?	3 VU CLIPS A LA TELEVISION	1 2
125	Quelle forme de moustiquaires imprégnées d'insecticide préférez-vous?	CONIQUE ..... 1 RECTANGULAIRE ..... 2 PAS DE PREFERENCE ..... 3	
126	Quelle couleur de moustiquaires imprégnées d'insecticide préférez-vous?	BLANCHE ..... 1 VERTE ..... 2 BLEU ..... 3 PAS DE PREFERENCE ..... 4 NOIRE/GRISE ..... 5 ROUGE/ROSE ..... 7 AUTRES ..... 6 PRECISEZ	
127	Possédez-vous une moustiquaire imprégnée d'insecticide?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 129
128	Etes-vous satisfaite par la taille de votre moustiquaire imprégnée d'insecticide?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
129	La nuit dernière, avez-vous dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 130
129A	A quel moment êtes-vous allée dormir sous la moustiquaire la nuit dernière: avant le repas du soir ou un autre moment (à spécifier) ?	AVANT REPAS DU SOIR/ AVANT 20H:30 ..... 1 APRES REPAS DU SOIR/APRES JOURNAL/APRES PRIERE SAFO: 20H:30 À 23H.. ..... 2 23H À 1H DU MATIN.. ..... 3 APRES 1H DU MATIN.. ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	→ 201






N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
130	<p>Pour quelles raisons n'avez-vous pas dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?</p> <p>INSISTER : Aucune autre raison ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	MAUVAISE ODEU ..... A CAUSE DES IRRITATIONS/TOUX . B REND MALADE ..... C DONNE DES NAUSÉES/ÉTOUFFE ... D PRODUIT CHIMIQUE DANGEREUX. E PRODUIT UTILISÉ PEUT TUER LE FOETUS/CAUSER DES FAUSSES COUCHES ..... F PEUT SUFFOQUER/DIFFICULTÉS RESPIRER ..... G N'AIME PAS LA FORME ..... H CHALEUR ..... I MOUSTIQUAIRE SE SALIT VITE ... J N'AIME PAS MOUSTIQUAIRE ..... K PAS DE MOUSTIQUAIRE ..... L TAILLE NON SATISFAISANTE ..... M MOUSTIQUAIRE PAS EFFICACE..... N PAS DE RAISON ..... O MOUSTIQUAIRE PAS EN BON ÉTAT/ DÉCHIRÉE ..... P AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... Z	

## SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous ? Et 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 vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont vivantes mais qui 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 à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON INSISTEZ : 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 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUNE, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES NAISSANCES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208:  Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> →  INSISTEZ ET CORRIGEZ 201 À 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?	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 (depuis 2009), 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 (depuis 2009) 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-ce un garçon ou une fille ?	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple?	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	GAR 1 FILLE 2	SIMP 1 MULT 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	GAR 1 FILLE 2	SIMP 1 MULT 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	GAR 1 FILLE 2	SIMP 1 MULT 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	GAR 1 FILLE 2	SIMP 1 MULT 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	GAR 1 FILLE 2	SIMP 1 MULT 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	GAR 1 FILLE 2	SIMP 1 MULT 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	GAR 1 FILLE 2	SIMP 1 MULT 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 À
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	COMPAREZ 210 AU NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHEZ :  NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/>  NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/>  (INSISTEZ ET CORRIGEZ)		
223	VÉRIFIER 215  ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2010 OU PLUS TARD.  SI AUCUNE, ENREGISTREZ '0'.	NOMBRE DES NAISSANCES <input type="text"/>  AUCUN . . . . . 0	
224	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 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 2010 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>  PAS DE NAISSANCES EN 2010 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>  → 435		

## SECTION 3. 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"/> D'ÉTAT <input type="checkbox"/> ↓ ↓ DÉCÉDÉE	
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.	<b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN/GYNÉCOLOGUE ..... A INFIRMIÈRE/MIÈRE ..... B SAGE-FEMME ..... C MATRONE ..... D ACCOUCHEUSES AUXILIAIRES/ FORMÉES ..... E  <b>AUTRE PERSONNEL</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... F AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ..... G  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
305	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu de consultation prénatale ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	
306	Au cours de cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour prévenir le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 313A
307	Quels médicaments avez-vous pris pour prévenir le paludisme ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SP/FANSIDAR ..... A CHLOROQUINE ..... B QUININE ..... C ARTESUNATE ..... D AMODIAQUINE ..... E COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE ..... F MÉDICAMENTS TRADITIONNELS ..... G  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	
308	VÉRIFIER 307 :  SP/FANSIDAR PRIS CONTRE LE PALUDISME	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'A' NON ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 313A

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLER À	
309	Combien de fois avez-vous pris la SP/Fansidar pendant cette grossesse ? (INSIS-TER POUR AVOIR LE NOMBRE)	NOMBRE DE FOIS		<input type="text"/>	
310	Combien de comprimés avez-vous pris en tout? (INSIS-TER POUR AVOIR LE NOMBRE)	NOMBRE DE COMPRIMÉS		<input type="text"/>	
	VOUS VENEZ DE DIRE QUE DES FOIS, VOUS AVEZ PRIS DE LA SP/FANSIDAR. NOUS VOULONS VOUS DEMANDER QUELQUES INFORMATIONS SUR CES PRISES DE SP/FANSIDAR. (POSER LES QUESTIONS EN LIGNE)	Combien de comprimés avez-vous pris?  (INSIS-TER POUR AVOIR LE NBR.)	Les avez-vous reçus dans un établissement de santé, au cours d'une visite prénatale, ou d'une autre visite dans l'établissement, ou les avez reçus à la maison ou ailleurs?	Les avez-vous pris devant l'agent de santé au cours de la visite prénatale ou au cours d'une autre visite, ou les avez pris à la maison ou ailleurs?	Devant qui dans l'établissement de santé les avez-vous pris?
	310A	310B	311	312	313
1	1) À la 1ère fois,	NOMBRE DE COMPRIMÉS: <input type="text"/>	VISITE PRÉNATALE DANS ETABL. DE SANTE ... 1 → AUTRE VISITE DANS ETABL. DE SANTÉ ... 2 → À LA MAISON ... 3 → AILLEURS/ AUTRE ... 6 → (PRÉCISER)  (ALLEZ À 310A2)←	LES A PRIS: ..DEVANT L'AGENT DE SANTE ... 1 → ..À LA MAISON ... 2 → ..AILLEURS/ AUTRE ... 6 → (PRÉCISER)  (ALLEZ À 310A2)←	<b>PROF. DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 1 INFIRMIÈRE/ INFIRMIER ..... 2 SAGE-FEMME .... 3 MATRONE FORMÉ . 4  <b>AUTRE PERSONEL</b> AGENT DE SANTÉ COMMUNAU' .... 5  <b>AUTRE</b> 6  (PRÉCISER)
2	2) À la 2ème fois,  S'IL N'Y A PLUS DE FOIS, LA SP/FANSIDAR A ÉTÉ PRISE, PASSER À LA QUESTION 314	NOMBRE DE COMPRIMÉS: <input type="text"/>	VISITE PRENATALE DANS ETABL. DE SANTE ... 1 → AUTRE VISITE DANS ETABL. DE SANTÉ ... 2 → À LA MAISON ... 3 → AILLEURS/ AUTRE ... 6 → (PRÉCISER)  (ALLEZ À 310A3)←	LES A PRIS: ..DEVANT L'AGENT DE SANTE ... 1 → ..À LA MAISON ... 2 → ..AILLEURS/ AUTRE ... 6 → (PRÉCISER)  (ALLEZ À 310A3)←	<b>PROF. DE SANTÉ</b> MEDECIN ..... 1 INFIRMIÈRE/ INFIRMIER ..... 2 SAGE-FEMME .... 3 MATRONE FORMÉ . 4  <b>AUTRE PERSONEL</b> AGENT DE SANTÉ COMMUNAU' .... 5  <b>AUTRE</b> 6  (PRÉCISER)
3	3) À la 3ème fois,  S'IL N'Y A PLUS DE FOIS, LA SP/FANSIDAR A ÉTÉ PRISE, PASSER À LA QUESTION 314	NOMBRE DE COMPRIMÉS: <input type="text"/>	VISITE PRÉNATALE DANS ETABL. DE SANTE ... 1 → AUTRE VISITE DANS ETABL. DE SANTÉ ... 2 → À LA MAISON ... 3 → AILLEURS/ AUTRE ... 6 → (PRÉCISER)  (ALLEZ À 310A4)←	LES A PRIS: ..DEVANT L'AGENT DE SANTE ... 1 → ..À LA MAISON ... 2 → ..AILLEURS/ AUTRE ... 6 → (PRÉCISER)  (ALLEZ À 310A4)←	<b>PROF. DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 1 INFIRMIÈRE/ INFIRMIER ..... 2 SAGE-FEMME .... 3 MATRONE FORMÉ . 4  <b>AUTRE PERSONEL</b> AGENT DE SANTÉ COMMUNAU' .... 5  <b>AUTRE</b> 6  (PRÉCISER)

N°.	QUESTIONS ET FILTRES		CODES		ALLER À	
4	4) À la 4ème fois,  S'IL N'Y A PLUS DE FOIS, LA SP/FANSIDAR A ÉTÉ PRISE, PASSER À LA QUESTION 314	NOMBR E DE COM- PRIMÉS: <input type="checkbox"/>	VISITE PRENATALE DANS ETABL. DE SANTE ... 1 → AUTRE VISITE DANS ETABL. DE SANTE ... 2 → À LA MAISON ... 3 → AILLEURS/ AUTRE ... 6 → (PRÉCISER)  (ALLEZ À 310A5) ←	LES A PRIS:  ..DEVANT L'AGENT DE SANTE ... 1 →  ..À LA MAISON ... 2 → ..AILLEURS/ AUTRE ... 6 → (PRÉCISER)  (ALLEZ À 310A5) ←	<b>PROF. DE SANTÉ</b> MEDECIN ..... 1 INFIRMIÈRE/ INFIRMIER ..... 2 SAGE-FEMME .... 3 MATRONE FORMÉ . 4  <b>AUTRE PERSONEL</b> AGENT DE SANTÉ COMMUNAU' .... 5  <b>AUTRE</b> ..... 6  (PRÉCISER)	
5	5) À la 5ème fois,  S'IL N'Y A PLUS DE FOIS, LA SP/FANSIDAR A ÉTÉ PRISE, PASSER À LA QUESTION 314	NOMBR E DE COM- PRIMÉS: <input type="checkbox"/>	VISITE PRENATALE DANS ETABL. DE SANTE ... 1 → AUTRE VISITE DANS ETABL. DE SANTE ... 2 → À LA MAISON ... 3 → AILLEURS/ AUTRE ... 6 → (PRÉCISER)  (ALLEZ À 310A6) ←	LES A PRIS:  ..DEVANT L'AGENT DE SANTE ... 1 →  ..À LA MAISON ... 2 → ..AILLEURS/ AUTRE ... 6 → (PRÉCISER)  (ALLEZ À 310A6) ←	<b>PROF. DE SANTÉ</b> MEDECIN ..... 1 INFIRMIÈRE/ INFIRMIER ..... 2 SAGE-FEMME .... 3 MATRONE FORMÉ . 4  <b>AUTRE PERSONEL</b> AGENT DE SANTÉ COMMUNAU' .... 5  <b>AUTRE</b> ..... 6  (PRÉCISER)	
6	6) À la 6ème fois,  S'IL N'Y A PLUS DE FOIS, LA SP/FANSIDAR A ÉTÉ PRISE, PASSER À LA QUESTION 314	NOMBR E DE COM- PRIMÉS: <input type="checkbox"/>	VISITE PRENATALE DANS ETABL. DE SANTE ... 1 → AUTRE VISITE DANS ETABL. DE SANTE ... 2 → À LA MAISON ... 3 → AILLEURS/ AUTRE ... 6 → (PRÉCISER)  (ALLEZ À 314) ←	LES A PRIS:  ..DEVANT L'AGENT DE SANTE ... 1 →  ..À LA MAISON ... 2 → ..AILLEURS/ AUTRE ... 6 → (PRÉCISER)  (ALLEZ À 314) ←	<b>PROF. DE SANTÉ</b> MEDECIN ..... 1 INFIRMIÈRE/ INFIRMIER ..... 2 SAGE-FEMME .... 3 MATRONE FORMÉ . 4  <b>AUTRE PERSONEL</b> AGENT DE SANTÉ COMMUNAU' .... 5  <b>AUTRE</b> ..... 6  (PRÉCISER)	→ 314
313A	Pourquoi n'avez-vous pas pris la SP/Fansidar, ou d'autres médicaments au cours de cette grossesse pour prévenir le paludisme?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.			DÉJÀ MALADE/PREND D'AUTRES MÉDICAMENTS ..... A PAS CONFIANCE AU TRAITEMEN ... B N'AIME PAS MÉDICAMENTS ..... C PREND TRAITEMENT TRADITION ... D N'EST PAS MALADE DE PALUDISME . E PAS NÉCESSAIRE. .... F DISTANCE À ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ/MANQUE D'ARGENT ..... G  AUTRE ..... X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z		
314	VÉRIFIEZ 215 ET 216:  UN ENFANT VIVANT OU PLUS <input type="checkbox"/> NÉ EN 2010 OU PLUS TARD ↓			PAS D'ENFANT VIVANT NÉ EN 2010 <input type="checkbox"/> OU PLUS TARD		→ 435



## SECTION 4. SANTE DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
401	VÉRIFIEZ 226 :  UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> EN 2010 OU PLUS TARD ↓	AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> EN 2010 OU PLUS TARD	→ 435	
402	VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SUVENUE EN 2010 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 3 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les six dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAIS.	AVANT-DERNIÈRE NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAIS.	AVANT-AVANT DER. NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAIS.
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216	NOM _____  VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> ↓ DÉ ↓  (ALLEZ a 403 A LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'YA PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q435	NOM _____  VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> ↓ DÉ ↓  (ALLEZ a 403 A LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'YA PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q435	NOM _____  VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> ↓ DÉ ↓  (ALLEZ a 403 A L'AVANT- DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N'YA PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q435
405	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2  (ALLEZ A Q430 ←  NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2  (ALLEZ A Q430 ←  NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2  (ALLEZ A Q430 ←  NE SAIT PAS ..... 8
406	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
407	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 411) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 411) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 411) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
408	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. A CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... C</p> <p>AGENT DE SANTÉ D AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) E</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F PHARMACIE ... G MÉDECIN PRIVÉ H CLINIQUE MOBILE I AGENT DE SANTÉ J AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ (PRÉCISEZ) K</p> <p>AUTRE ENDROIT AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE L BOUTIQUE ..... M PRATICIEN TRADITIONNEL N MARCHÉ ..... O AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. A CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... C</p> <p>AGENT DE SANTÉ D AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) E</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F PHARMACIE ... G MÉDECIN PRIVÉ H CLINIQUE MOBILE I AGENT DE SANTÉ J AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ (PRÉCISEZ) K</p> <p>AUTRE ENDROIT AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE L BOUTIQUE ..... M PRATICIEN TRADITIONNEL N MARCHÉ ..... O AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. A CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... C</p> <p>AGENT DE SANTÉ D AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) E</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F PHARMACIE ... G MÉDECIN PRIVÉ H CLINIQUE MOBILE I AGENT DE SANTÉ J AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ (PRÉCISEZ) K</p> <p>AUTRE ENDROIT AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE L BOUTIQUE ..... M PRATICIEN TRADITIONNEL N MARCHÉ ..... O AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>
409	VÉRIFIEZ 408 :	<p>2 CODES 1 SEUL  <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/>  ENCER- CERCLÉ  CLÉS  ↓ (PASSEZ À 410A) ←</p>	<p>2 CODES 1 SEUL  <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/>  ENCER- CERCLÉ  CLÉS  ↓ (PASSEZ À 410A) ←</p>	<p>2 CODES 1 SEUL  <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/>  ENCER- CERCLÉ  CLÉS  ↓ (PASSEZ À 410A) ←</p>
410	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 408.</p>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>
410A	<p>Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM)?</p> <p>SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.</p>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
411	<p>Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ A Q430 ←)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ A Q430 ←)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ A Q430 ←)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
412	<p>Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?</p> <p>INSISTER ET MONTRER PHOTOS DES MÉDICAMENTS : Aucun autre médicament ?</p> <p>Aucun autre médicament ?</p> <p>Aucun autre médicament ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p><b>ANTIPALUDIQUES</b> COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉ-MISININE (CTA) ... A SP/FANSIDAR ... B CHLOROQUINE ... C AMODIAQUINE ... D QUININE: COMPRIMÉS ... E INJECTION/IV ... F ARTESUNATE: VOIE RECTALE ... G INJECTION/IV ... H SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINÉ) ... I</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDIQUE: _____ ... J (PRÉCISEZ) _____</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b> COMPRIMÉS/ SIROP ..... K INJECTION ..... L</p> <p><b>AUTRE MÉDICAMENT</b> ASPIRINE PARACETAMOL ... M ACETA- MINOPHEN ... N IBUPROFEN ... O KUNBILENI ..... P</p> <p><b>MÉDICAMENT TRADITIO.</b> DECOCTION/JUS DE PLANTE/ RACINE ..... Q</p> <p><b>AUTRE</b> _____ W (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE</b> _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	<p><b>ANTIPALUDIQUES</b> COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉ-MISININE (CTA) ... A SP/FANSIDAR ... B CHLOROQUINE ... C AMODIAQUINE ... D QUININE: COMPRIMÉS ... E INJECTION/IV ... F ARTESUNATE: VOIE RECTALE ... G INJECTION/IV ... H SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINÉ) ... I</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDIQUE: _____ ... J (PRÉCISEZ) _____</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b> COMPRIMÉS/ SIROP ..... K INJECTION ..... L</p> <p><b>AUTRE MÉDICAMENT</b> ASPIRINE PARACETAMOL ... M ACETA- MINOPHEN ... N IBUPROFEN ... O KUNBILENI ..... P</p> <p><b>MÉDICAMENT TRADITIO.</b> DECOCTION/JUS DE PLANTE/ RACINE ..... Q</p> <p><b>AUTRE</b> _____ W (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE</b> _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	<p><b>ANTIPALUDIQUES</b> COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉ-MISININE (CTA) ... A SP/FANSIDAR ... B CHLOROQUINE ... C AMODIAQUINE ... D QUININE: COMPRIMÉS ... E INJECTION/IV ... F ARTESUNATE: VOIE RECTALE ... G INJECTION/IV ... H SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINÉ) ... I</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDIQUE: _____ ... J (PRÉCISEZ) _____</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b> COMPRIMÉS/ SIROP ..... K INJECTION ..... L</p> <p><b>AUTRE MÉDICAMENT</b> ASPIRINE PARACETAMOL ... M ACETA- MINOPHEN ... N IBUPROFEN ... O KUNBILENI ..... P</p> <p><b>MÉDICAMENT TRADITIO.</b> DECOCTION/JUS DE PLANTE/ RACINE ..... Q</p> <p><b>AUTRE</b> _____ W (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE</b> _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>
413	<p>VÉRIFIEZ 412 : Y A-T-IL UN CODE A-J ENCERCLÉ ?</p>	<p>OUI                  NON</p> <p><input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/></p> <p>↓                                  ↓</p> <p>(ALLEZ A Q430)</p>	<p>OUI                  NON</p> <p><input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/></p> <p>↓                                  ↓</p> <p>(ALLEZ A Q430)</p>	<p>OUI                  NON</p> <p><input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/></p> <p>↓                                  ↓</p> <p>(ALLEZ A Q430)</p>
414	<p>VÉRIFIEZ 412 : COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉ-MISININE (CTA) (CODE 'A') DONNÉ</p>	<p>CODE 'A'                  CODE 'A'</p> <p>ENCERCLÉ                  NON</p> <p><input type="checkbox"/>                                  <input type="checkbox"/></p> <p>↓    ↓</p> <p>(PASSEZ À 416)</p>	<p>CODE 'A'                  CODE 'A'</p> <p>ENCERCLÉ                  NON</p> <p><input type="checkbox"/>                                  <input type="checkbox"/></p> <p>↓    ↓</p> <p>(PASSEZ À 416)</p>	<p>CODE 'A'                  CODE 'A'</p> <p>ENCERCLÉ                  NON</p> <p><input type="checkbox"/>                                  <input type="checkbox"/></p> <p>↓    ↓</p> <p>(PASSEZ À 416)</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
415	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA) ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
416	VÉRIFIEZ 412 :  SP/FANSIDAR, (CODE 'B') DONNÉE	CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 418) ←	CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 418) ←	CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 418) ←
417	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la SP/Fansidar ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
418	VÉRIFIEZ 412 :  CHLOROQUINE, (CODE 'C') DONNÉE	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 420) ←	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 420) ←	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 420) ←
419	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la chloroquine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
420	VÉRIFIEZ 412 :  AMODIAQUINE, (CODE 'D') DONNÉE	CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 422) ←	CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 422) ←	CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 422) ←
421	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
422	VÉRIFIEZ 412 :  QUININE, (CODES 'E' OU 'F') DONNÉE	CODE 'E' CODES 'E' OU 'F' ET 'F' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 424) ←	CODE 'E' CODES 'E' OU 'F' ET 'F' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 424) ←	CODE 'E' CODES 'E' OU 'F' ET 'F' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 424) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
423	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
424	VÉRIFIEZ 412 :  ARTÉSUNATE (CODE 'G' OU 'H'), DONNÉ	CODE 'G' CODES 'G' OU 'H' ET 'H' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 426) ←	CODE 'G' CODES 'G' OU 'H' ET 'H' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 426) ←	CODE 'G' CODES 'G' OU 'H' ET 'H' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 426) ←
425	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'artésunate ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
426	VÉRIFIEZ 412 :  SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINÉ) (CODE 'I'), DONNÉ	CODE 'I' CODES 'I' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 428) ←	CODE 'I' CODES 'I' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 428) ←	CODE 'I' CODES 'I' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 428) ←
427	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINÉ)) ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
428	VÉRIFIEZ 412 :  AUTRE ANTIPALUDIQUE, (CODE 'J'), DONNÉ	CODE 'J' CODES 'J' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 430) ←	CODE 'J' CODES 'J' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 430) ←	CODE 'J' CODES 'J' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 430) ←
429	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (AUTRE ANTIPALUDIQUE) ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
430	VÉRIFIEZ 215: ENFANT NÉ EN AOÛT 2014 OU PLUS TARD ?	OUI ..... 1 NON ..... 2  (ALLEZ À 433F) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2  (ALLEZ À 433F) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2  (ALLEZ À 433F) ←
430A	Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur la saison des pluies de l'année dernière 2014: Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la saison des pluies de l'année dernière 2014, ou dans les quelques mois qui ont suivi, des médicaments ont été donnés à (NOM) pour prévenir le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 (PASSEZ À 433) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 (PASSEZ À 433) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 (PASSEZ À 433) ←
431	Quels médicaments (NOM) a-t- il/elle pris pour prévenir le paludisme au cours de la saison des pluies de l'année dernière 2014, ou dans les quelques mois qui ont suivi ?  DEMANDER À VOIR LA BOÎTE, OU SI BOÎTE NON DISPONIBLE MONTRER PHOTOS DES MÉDICAMENTS.  Aucun autre médicament ?  Aucun autre médicament ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	<b>ANTIPALUDIQUES</b> SP/FANSIDAR ET AMO- DIAQUINE (PAQUET- COMBINÉ) ..... A SP/FANSIDAR ET AMO- DIAQUINE (COMBINÉ- EN SACHET) ..... B SP/FANSIDAR (SEUL) C AMODIAQUINE (SEUL) D COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉ- MISININE (CTA) ..... E CHLOROQUINE ..... F QUININE ..... G  AUTRE ANTI- PALUDIQUE: _____ ... H (PRÉCISEZ)  <b>MÉDICAMENT TRADITIO.</b> DECOCTION/JUS DE PLANTE/ RACINE ..... I  AUTRE _____ W (PRÉCISEZ)  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	<b>ANTIPALUDIQUES</b> SP/FANSIDAR ET AMO- DIAQUINE (PAQUET- COMBINÉ) ... .. A SP/FANSIDAR ET AMO- DIAQUINE (COMBINÉ- EN SACHET) ... .. B SP/FANSIDAR (SEUL) C AMODIAQUINE (SEUL) D COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉ- MISININE (CTA) ..... E CHLOROQUINE ..... F QUININE ..... G  AUTRE ANTI- PALUDIQUE: _____ ... H (PRÉCISEZ)  <b>MÉDICAMENT TRADITIO.</b> DECOCTION/JUS DE PLANTE/ RACINE ..... I  AUTRE _____ W (PRÉCISEZ)  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	<b>ANTIPALUDIQUES</b> SP/FANSIDAR ET AMO- DIAQUINE (PAQUET- COMBINÉ) ... .. A SP/FANSIDAR ET AMO- DIAQUINE (COMBINÉ- EN SACHET) ... .. B SP/FANSIDAR (SEUL) C AMODIAQUINE (SEUL) D COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉ- MISININE (CTA) ..... E CHLOROQUINE ..... F QUININE ..... G  AUTRE ANTI- PALUDIQUE: _____ ... H (PRÉCISEZ)  <b>MÉDICAMENT TRADITIO.</b> DECOCTION/JUS DE PLANTE/ RACINE ..... I  AUTRE _____ W (PRÉCISEZ)  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z
432	VÉRIFIEZ 431 :  SI SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (PAQUET COMBINÉ OU SACHET COMBINÉ) PAS DONNÉ	CODE CODES 'A' OU 'B' A' ET 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ A Q433A)	CODE CODES 'A' OU 'B' A' ET 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ A Q433A)	CODE CODES 'A' OU 'B' A' ET 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ A Q433A)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
433	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la saison des pluies de l'année dernière 2014, ou dans les quelques mois qui ont suivi, ce médicament SP/Fansidar et amodiaquine combinés a été donné à (NOM) pour prévenir le paludisme ?  (MONTRER LA BOÎTE DU MÉDICAMENT SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE COMBINÉS ET LE SACHET COMBINÉ)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 433F) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 433F) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 433F) ←
433A	Où avez-vous reçu la première dose de ce médicament pour prévenir le paludisme chez (NOM) ?	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ..... 1 VISITE À DOMICILE PAR PROFESSIONNEL SANTÉ/AGENT SANTÉ COMMU NAUTAIRE ... 2 PLACE PUBLIQUE/ ENDROIT FIXE ... 3 AUTRE ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ..... 1 VISITE À DOMICILE PAR PROFESSIONNEL SANTÉ/AGENT SANTÉ COMMU NAUTAIRE ... 2 PLACE PUBLIQUE/ ENDROIT FIXE ... 3 AUTRE ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ..... 1 VISITE À DOMICILE PAR PROFESSIONNEL SANTÉ/AGENT SANTÉ COMMU NAUTAIRE ... 2 PLACE PUBLIQUE/ ENDROIT FIXE ... 3 AUTRE ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8
433B	Avez-vous une carte ou un carnet pour ces médicaments de l'année dernière 2014 où les mois pendant lesquels les doses ont été données à (NOM) pour prévenir le paludisme sont inscrits ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 433E) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 433E) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 433E) ←
433C	Puis-je voir la carte ?	VU ..... 1 PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 433E) ←	VU ..... 1 PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 433E) ←	VU ..... 1 PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 433E) ←
433D	ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>
433DD	ENCERCLER LES CODES EN SPÉCIFIANT LES MOIS ET L'ANNÉE QUI SONT MARQUÉS SUR LA CARTE	A1) MOIS 1:... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:... C2) ANNÉE:.. D1) MOIS 4:... D2) ANNÉE:.. E1) MOIS 5:... E2) ANNÉE:.. F1) MOIS 6:... F2) ANNÉE:.. G1) MOIS 7:... G2) ANNÉE:.. H1) MOIS 8:... H2) ANNÉE:.. I1) MOIS 9:... I2) ANNÉE:..  (PUIS PASSEZ À 433F)	A1) MOIS 1:... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:... C2) ANNÉE:.. D1) MOIS 4:... D2) ANNÉE:.. E1) MOIS 5:... E2) ANNÉE:.. F1) MOIS 6:... F2) ANNÉE:.. G1) MOIS 7:... G2) ANNÉE:.. H1) MOIS 8:... H2) ANNÉE:.. I1) MOIS 9:... I2) ANNÉE:..  (PUIS PASSEZ À 433F)	A1) MOIS 1:... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:... C2) ANNÉE:.. D1) MOIS 4:... D2) ANNÉE:.. E1) MOIS 5:... E2) ANNÉE:.. F1) MOIS 6:... F2) ANNÉE:.. G1) MOIS 7:... G2) ANNÉE:.. H1) MOIS 8:... H2) ANNÉE:.. I1) MOIS 9:... I2) ANNÉE:..  (PUIS PASSEZ À 433F)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
433E	Combien de mois, le médicament a été donné à (NOM) pour prévenir le paludisme?	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>
433EE	DEMANDER LES MOIS ET L'ANNÉE À L'ENQUÊTÉE, PUIS SPÉCIFIER LES ICI EN ENCERCLER LES CODES.	A1) MOIS 1:... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:... C2) ANNÉE:.. D1) MOIS 4:... D2) ANNÉE:.. E1) MOIS 5:... E2) ANNÉE:.. F1) MOIS 6:... F2) ANNÉE:.. G1) MOIS 7:... G2) ANNÉE:.. H1) MOIS 8:... H2) ANNÉE:.. I1) MOIS 9:... I2) ANNÉE: ..	A1) MOIS 1:... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:... C2) ANNÉE:.. D1) MOIS 4:... D2) ANNÉE:.. E1) MOIS 5:... E2) ANNÉE:.. F1) MOIS 6:... F2) ANNÉE:.. G1) MOIS 7:... G2) ANNÉE:.. H1) MOIS 8:... H2) ANNÉE:.. I1) MOIS 9:... I2) ANNÉE: ..	A1) MOIS 1:... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:... C2) ANNÉE:.. D1) MOIS 4:... D2) ANNÉE:.. E1) MOIS 5:... E2) ANNÉE:.. F1) MOIS 6:... F2) ANNÉE:.. G1) MOIS 7:... G2) ANNÉE:.. H1) MOIS 8:... H2) ANNÉE:.. I1) MOIS 9:... I2) ANNÉE: ..
433F	Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur la saison des pluies de cette année 2015: Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la saison des pluies de cette année 2015, ou dans les quelques mois qui ont suivi, des médicaments ont été donnés à (NOM) pour prévenir le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 (PASSEZ À 433I) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 (PASSEZ À 433I) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 (PASSEZ À 433I) ←



N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
433G	<p>Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris pour prévenir le paludisme au cours de la saison des pluies de cette année 2015, ou dans les quelques mois qui ont suivi?</p> <p>INSISTER À VOIR LA BOÎTE. SI BOÎTE NON DISPONIBLE MONTRER PHOTOS DES MÉDICAMENTS.</p> <p>Aucun autre médicament ?</p> <p>Aucun autre médicament ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p><b>ANTIPALUDIQUES</b> SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (PAQUET-COMBINÉ) ..... A SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINÉ-EN SACHET) ..... B SP/FANSIDAR (SEUL) C AMODIAQUINE (SEUL) D COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉ-MISININE (CTA) ..... E CHLOROQUINE ..... F QUININE ..... G</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDIQUE: _____ H (PRÉCISEZ)</p> <p><b>MÉDICAMENT TRADITIO.</b> DECOCTION/JUS DE PLANTE/RACINE ..... I AUTRE _____ W (PRÉCISEZ) AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z</p>	<p><b>ANTIPALUDIQUES</b> SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (PAQUET-COMBINÉ) ... .. A SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINÉ-EN SACHET) ... .. B SP/FANSIDAR (SEUL) C AMODIAQUINE (SEUL) D COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉ-MISININE (CTA) ... .. E CHLOROQUINE ..... F QUININE ..... G</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDIQUE: _____ H (PRÉCISEZ)</p> <p><b>MÉDICAMENT TRADITIO.</b> DECOCTION/JUS DE PLANTE/RACINE ..... I AUTRE _____ W (PRÉCISEZ) AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z</p>	<p><b>ANTIPALUDIQUES</b> SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (PAQUET-COMBINÉ) ... .. A SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (COMBINÉ-EN SACHET) ..... B SP/FANSIDAR (SEUL) C AMODIAQUINE (SEUL) D COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉ-MISININE (CTA) ... .. E CHLOROQUINE ..... F QUININE ..... G</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDIQUE: _____ H (PRÉCISEZ)</p> <p><b>MÉDICAMENT TRADITIO.</b> DECOCTION/JUS DE PLANTE/RACINE ..... I AUTRE _____ W (PRÉCISEZ) AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z</p>
433H	<p>VÉRIFIEZ 433G :</p> <p>SI SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE (PAQUET COMBINÉ OU SACHET COMBINÉ) PAS DONNÉ</p>	<p>CODE 'A' OU 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODES 'A' ET 'B' NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/></p> <p>↓ (ALLEZ A Q433J)</p>	<p>CODE 'A' OU 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODES 'A' ET 'B' NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/></p> <p>↓ (ALLEZ A Q433J)</p>	<p>CODE 'A' OU 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODES 'A' ET 'B' NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/></p> <p>↓ (ALLEZ A Q433J)</p>
433I	<p>Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la saison des pluies de cette année 2015, ou dans les quelques mois qui ont suivi, ce médicament SP/Fansidar et amodiaquine combinés a été donné à (NOM) pour prévenir le paludisme ?</p> <p>(MONTRER LA BOÎTE DU MÉDICAMENT SP/FANSIDAR ET AMODIAQUINE COMBINÉS ET LE SACHET COMBINÉ)</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 434) ←</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 434) ←</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 434) ←</p>
433J	<p>Où avez-vous reçu la première dose de ce médicament pour prévenir le paludisme chez (NOM) ?</p>	<p>ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ..... 1 VISITE À DOMICILE PAR PROFESSIONEL SANTÉ/AGENT SANTÉ COMMU NAUTAIRE ... 2 PLACE PUBLIQUE/ENDROIT FIXE ... 3 AUTRE ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ..... 1 VISITE À DOMICILE PAR PROFESSIONEL SANTÉ/AGENT SANTÉ COMMU NAUTAIRE ... 2 PLACE PUBLIQUE/ENDROIT FIXE ... 3 AUTRE ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ..... 1 VISITE À DOMICILE PAR PROFESSIONEL SANTÉ/AGENT SANTÉ COMMU NAUTAIRE ... 2 PLACE PUBLIQUE/ENDROIT FIXE ... 3 AUTRE ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
433K	Avez-vous une carte ou un carnet pour ces médicaments de cette année 2015 où les mois pendant lesquels les doses ont été données à (NOM) pour prévenir le paludisme sont inscrits ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 433N) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 433N) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 433N) ←
433L	Puis-je voir la carte ?	VU ..... 1 PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 433N) ←	VU ..... 1 PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 433N) ←	VU ..... 1 PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 433N) ←
433M	ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>
433MM	ENCERCLER LES CODES EN SPÉCIFIANT LES MOIS ET L'ANNÉE QUI SONT MARQUÉS SUR LA CARTE	A1) MOIS 1:... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:... C2) ANNÉE:.. D1) MOIS 4:... D2) ANNÉE:.. E1) MOIS 5:... E2) ANNÉE:.. F1) MOIS 6:... F2) ANNÉE:.. G1) MOIS 7:... G2) ANNÉE:.. H1) MOIS 8:... H2) ANNÉE:.. I1) MOIS 9:... I2) ANNÉE: ..  (PUIS PASSEZ À 434)	A1) MOIS 1:... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:... C2) ANNÉE:.. D1) MOIS 4:... D2) ANNÉE:.. E1) MOIS 5:... E2) ANNÉE:.. F1) MOIS 6:... F2) ANNÉE:.. G1) MOIS 7:... G2) ANNÉE:.. H1) MOIS 8:... H2) ANNÉE:.. I1) MOIS 9:... I2) ANNÉE: ..  (PUIS PASSEZ À 434)	A1) MOIS 1:... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:... C2) ANNÉE:.. D1) MOIS 4:... D2) ANNÉE:.. E1) MOIS 5:... E2) ANNÉE:.. F1) MOIS 6:... F2) ANNÉE:.. G1) MOIS 7:... G2) ANNÉE:.. H1) MOIS 8:... H2) ANNÉE:.. I1) MOIS 9:... I2) ANNÉE: ..  (PUIS PASSEZ À 434)
433N	Combien de mois, le médicament a été donné à (NOM) pour prévenir le paludisme?	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____				
433NN	DEMANDER LES MOIS ET L'ANNÉE À L'ENQUÊTÉE, PUIS SPÉCIFIER LES ICI EN ENCERCLER LES CODES.	A1) MOIS 1:... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:... C2) ANNÉE:.. D1) MOIS 4:... D2) ANNÉE:.. E1) MOIS 5:... E2) ANNÉE:.. F1) MOIS 6:... F2) ANNÉE:.. G1) MOIS 7:... G2) ANNÉE:.. H1) MOIS 8:... H2) ANNÉE:.. I1) MOIS 9:... I2) ANNÉE: ..	A1) MOIS 1:... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:... C2) ANNÉE:.. D1) MOIS 4:... D2) ANNÉE:.. E1) MOIS 5:... E2) ANNÉE:.. F1) MOIS 6:... F2) ANNÉE:.. G1) MOIS 7:... G2) ANNÉE:.. H1) MOIS 8:... H2) ANNÉE:.. I1) MOIS 9:... I2) ANNÉE: ..	A1) MOIS 1:... A2) ANNÉE:.. B1) MOIS 2:... B2) ANNÉE:.. C1) MOIS 3:... C2) ANNÉE:.. D1) MOIS 4:... D2) ANNÉE:.. E1) MOIS 5:... E2) ANNÉE:.. F1) MOIS 6:... F2) ANNÉE:.. G1) MOIS 7:... G2) ANNÉE:.. H1) MOIS 8:... H2) ANNÉE:.. I1) MOIS 9:... I2) ANNÉE: ..				
434		RETOURNEZ À 403 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q435	RETOURNEZ À 403 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ A Q435	ALLEZ À 403 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE. ALLEZ A Q435				
435	ENREGISTREZ L'HEURE.		HEURES ..... MINUTES .....	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>				

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

---

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

---

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES

---

---

---

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

OBSERVATION DU SUPERVISEUR

---

---

---

---

---

---

---

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