

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME AU MALI (EIP Mali 2021)
QUESTIONNAIRE FEMME

IDENTIFICATION																				
NOM DE LA LOCALITÉ _____																				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																				
NUMÉRO DE GRAPPE				<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> <tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr> </table>																
NUMÉRO DE CONCESSION																				
NUMÉRO DE MÉNAGE																				
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____																				
VISITES D'AGENT ENQUÊTEUR																				
	1	2	3	VISITE FINALE																
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>																
				MOIS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>																
NOM DE L'AGENT ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="width: 60px; height: 20px; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;">2</td><td style="width: 15px;">0</td><td style="width: 15px;">2</td><td style="width: 15px;">1</td></tr> </table>	2	0	2	1												
2	0	2	1																	
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	N° AGENT ENQUÊT. <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>																
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		RÉSULTAT* <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>																
HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>																
*CODES RÉSULTAT : 1 REMPLI 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT REMPLI 7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ 8 _____ PRÉCISEZ																				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;">0</table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;">1</table>	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>															
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	FRANÇAIS																			
	**CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS 08 MINIANKA 02 BAMBARA/MALINKÉ 09 TAMACHECK 03 SONRAÏ/DJERMA 10 BOBO/DAFING 04 PEUHL/FOULFOULDÉ 11 BOZO 05 SÉNOUFO 96 AUTRE 06 MARKA/SONINKÉ _____ 07 DOGON (PRÉCISEZ)																			
CHEF D'ÉQUIPE																				
_____		<table border="1" style="width: 60px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>																		
NOM		NUMÉRO																		

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle _____ . Je travaille pour l'Institut National de la Statistique (INSTAT). En collaboration avec le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), nous effectuons une enquête nationale sur le paludisme au Mali. Les informations que nous collectons aideront à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 10 et 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre à nos questions car votre opinion est très importante. 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 à me poser ?
 Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : _____ DATE _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE
 D'ÊTRE INTERVIEWÉE ... 1
 ↓

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

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE 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 : fondamental 1 (1er cycle), fondamental 2 (2nd cycle), secondaire (lycée, technique, professionnel) ou supérieur ?	FONDAMENTAL 1er Cycle 1 FONDAMENTAL 2nd Cycle 2 SECONDAIRE (Lycée/Technique/Professionnel) 3 SUPÉRIEUR 4	
106	Quelle est [L'ANNÉE/CLASSE] la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[ANNÉE/CLASSE] <input type="text"/> <input type="text"/>	
Codes pour Q.106			
	FONDAMENTAL 1er Cycle	FONDAMENTAL 2nd Cycle	SECONDAIRE Lycée, Enseignement Technique/Professionnel
ANNÉE/CLASSE	MOINS D'1 AN. =0 1ère année =1 2ème année =2 3ème année =3 4ème année =4 5ème année =5 6ème année =6	MOINS D'1 AN. =0 7ème année =1 8ème année =2 9ème année =3	MOINS D'1 AN. =0 1ère/10ème année =1 2ème/11ème année =2 3ème/12ème année =3 4ème année =4
			SUPÉRIEUR 1ère année =1 2ème année =2 3ème année =3 4ème année =4 5ème année+ =5

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
119	Quelle est votre ethnie ?	<p style="text-align: center;">CODE ETHNIE (Pour les MALIENS)</p> BAMBARA 01 MALINKE 02 PEULH 03 SARAKOLE/SONINKE/MARKA 04 KASSONKE 05 SONRAÏ 06 DOGON 07 TOUAREG/BELLA 08 SÉNOUFO/MINIANKA 09 BOBO 10 BOZO 11 ARABE/MAURE 12 AUTRE ETHNIE MALIENNE 16 <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> (PRÉCISEZ) <p style="text-align: center;">CODE NATIONALITÉ (Pour les ÉTRANGERS)</p> PAYS CEDEAO 21 AUTRES PAYS AFRICAINS 22 AUTRES NATIONALITÉS 23	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204								
203	a) Combien de fils vivent avec vous ? b) Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
205	a) Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? b) Et combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou fait un mouvement, qui a émis un son ou essayé de respirer ou qui a montré d'autres signes de vie pendant un très court moment ?	OUI 1 NON 2	→ 208								
207	a) Combien de garçons sont décédés ? b) Et combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) GARÇONS DÉCÉDÉS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL NAISSANCES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208 : Je voudrais être sûr d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTEZ ET CORRIGEZ 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	VÉRIFIEZ 208: UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> → 224										
211	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos naissances plus récentes. Combien de ces naissances avez-vous eues de 2016 à 2021? INSCRIVEZ LE TOTAL NOMBRE DE NAISSANCES EN 2016-2021.	TOTAL EN 2016-2021 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AUCUNE 00			→ 224						

SECTION 2. REPRODUCTION

212 Je voudrais maintenant enregistrer les noms de toutes les naissances que vous avez eues de 2016 à 2021, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par votre naissance la plus récente. INSCRIVEZ LES NOMS DE TOUTES LES NAISSANCES EN 2016-2021 À 213. INSCRIVEZ LES JUMEAUX ET LES TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 4 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE.								
213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (dernier/précédent) enfant ? INSCRIVEZ LE NOM. No DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	(NOM) est-il une naissance simple ou multiple ?	Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. ← NAIS.) NON 2 (NAIS ← SUIV.)
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. ← NAIS.) NON 2 (NAIS ← SUIV.)
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. ← NAIS.) NON 2 (NAIS ← SUIV.)

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis celle de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI 1 (ENREGISTREZ NAISSANCE(S) DANS TABLEAU) ← NON 2	<input type="checkbox"/>
223	COMPAREZ 211 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/>	NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ) ←	<input type="checkbox"/>
224	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	<input type="checkbox"/> → 301
225	De combien de semaines ou de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE SEMAINES OU DE MOIS RÉVOLUS.	SEMAINES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 3. GROSSESSE ET TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
301	VÉRIFIEZ 216 : UNE NAISSANCE OU PLUS AU COURS DES 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE AU COURS DES 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	→ 401
302	NOTEZ LE NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE DE 213, LIGNE 01 :	DERNIÈRE NAISSANCE : NOM: _____	
303	Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur votre dernière grossesse ayant abouti à une naissance vivante. Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 308
304	Qui avez-vous vu ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIER/SAGE-FEMME B MATRONE C AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE / ATR ... D ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE E AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE / RELAIS F AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
305	Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette grossesse ? Pas d'autre endroit ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR MÉDICAL PUBLIC OU PRIVÉ, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	MAISON MAISON DE L'ENQUÊTEE A AUTRE MAISON B SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL NATIONAL C HÔPITAL RÉGIONAL D CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE E DISPENSAIRE/MATERNITÉ F CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE G SITES ASC H AUTRE SECTEUR MÉDICAL PUBLIC _____ I (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ J CABINET MÉDICAL K CABINET DE SOIN PRIVÉ L AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ M (PRÉCISEZ) AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	

SECTION 3. GROSSESSE ET TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT

N°	NOM DE L'ENFANT _____	NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/>	
306	De combien de semaines ou de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu vos premiers soins prénatals pour cette grossesse ?	SEMAINES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
307	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
308	Durant cette grossesse, avez-vous pris de la sulfadoxine pyrimétamine (SP) pour éviter le paludisme ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 401
309	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris les 3 comprimés de la SP ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
310	Vous a-t-on donné la SP durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE DANS ÉTABLIS. DE SANTÉ .. 2 AILLEURS 6	

SECTION 4. FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
401	VÉRIFIEZ 216, 2017 ET 218 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES : Y A-T-IL UN ENFANT NÉ AU COURS DES 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ET QUI EST TOUJOURS EN VIE? UN ENFANT OU PLUS NÉ DANS 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ET TOUJOURS EN VIE <input type="checkbox"/>	AUCUN ENFANT NÉ DANS 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE TOUJOURS EN VIE <input type="checkbox"/>	→ 501
402	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois, en commençant par le plus jeune).		
403	ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 213 DES ENFANTS NÉS 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE QUI SONT TOUJOURS EN VIE, EN COMMENÇANT PAR LE DERNIER NÉ. NOM DE L'ENFANT _____ NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/>		
404	Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 415A
405	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris le sang de (NOM) au doigt ou au talon ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
406	Est-ce qu'un professionnel de santé vous a dit que (NOM) avait le paludisme ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
407	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la maladie ?	OUI 1 NON 2	→ 412
408	Où êtes-vous allé pour demander des conseils ou rechercher un traitement ? Quelque part ailleurs? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR MÉDICAL PUBLIC OU PRIVÉ, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL NATIONAL A HÔPITAL RÉGIONAL B CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE .. C DISPENSARE/MATERNITÉ D CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. E SITES ASC F AUTRE SECTEUR MÉDICAL PUBLIC _____ G (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ H CABINET MÉDICAL I CABINET DE SOIN PRIVÉ J PHARMACIE K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE M VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS N GUÉRISSEUR/ PRATICIEN TRADITIONNEL O MARCHÉ P AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	

SECTION 4. FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS

N°	NOM DE L'ENFANT _____	NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/>	<input type="text"/>
409	VÉRIFIEZ 408 : DEUX CODES OU PLUS ENCERCLÉS <input type="checkbox"/>	SEULEMENT UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 411
410	Où êtes-vous allé en premier pour demander des conseils ou rechercher un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 408.	PREMIER ENDROIT <input type="text"/>	
411	Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS <input type="text"/>	
412	À n'importe quel moment pendant la maladie, est-ce que (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 415A
413	Quel médicament (NOM) a-t-il pris ? Pas d'autre médicament ? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE OU L'ORDONNANCE.	ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D QUININE COMPRIMÉS E INJECTION/IV F ARTESUNATE VOIE RECTALE G INJECTION/ IV/ IM H ARTÉMÉTHÉR COMPRIMÉS I INJECTION/ IV/ IM J AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ K (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES AMOXICILLIN L COTRIMOXAZOLE M AUTRE COMPRIMÉ/SIROP N AUTRE INJECTION/IV O AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINI P PARACÉTAMOL/PANADOL/ ACÉTAMINOPHÈNE Q IBUPROFÈNE R AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	

SECTION 4. FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS

N°	NOM DE L'ENFANT _____	NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/>	<input type="text"/>
414	VÉRIFIEZ 413: COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE ('A') DONNÉE		
	CODE 'A' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓	CODE 'A' <input type="checkbox"/> NON ENCERCLÉ →	415A
415	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une combinaison à base d'artémisinine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE... 3 NE SAIT PAS 8	
415A	VÉRIFIEZ 216 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES POUR L'ENFANT ENREGISTRÉ À 403:		
	ENFANT NÉ AU COURS DES <input type="checkbox"/> 3-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ↓	ENFANT NÉ AU COURS DES <input type="checkbox"/> 0-2 MOIS AVANT L'ENQUÊTE →	416
415B	Au cours de ce mois ou du mois passé, est-ce que (NOM) a reçu les médicaments de la CPS, c'est-à-dire des médicaments pour prévenir le paludisme pendant la saison des pluies ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	416
415C	Puis-je voir la carte CPS de (NOM)? SI CARTE PAS PRÉSENTÉE, INSISTEZ POUR SAVOIR POURQUOI ELLE N'EST PAS DISPONIBLE	CARTE VUE 1 CARTE NON REMISE PAR LES AGENTS D'ADMINISTRATION 2 CARTE A ÉTÉ PERDUE 3 DÉTENTEUR DE CARTE ABSENT 4 CARTE ABIMÉE 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	415I
415D	VÉRIFIEZ LE REMPLISSAGE DE LA CARTE CPS DE (NOM)	REPLI PAS REPLI	
	a) J1 (PREMIER JOUR) REMPLI PAR LES AGENTS D'ADMINISTRATION	a) J1 1 2	
	b) J2 (DEUXIÈME JOUR) REMPLI PAR LES PARENTS/PERSONNES RESPONSABLES	b) J2 1 2	
	c) J3 (TROISIÈME JOUR) REMPLI PAR LES PARENTS/PERSONNES RESPONSABLES	c) J3 1 2	
415E	VÉRIFIEZ 415D a): REPLISSAGE DU PREMIER JOUR (J1)	CODE "1" ENCLÉ "J1 REMPLI" <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 415G)	CODE "2" ENCLÉ "J1 PAS REMPLI" <input type="checkbox"/> ↓
415F	Pour quelle raison principale la carte CPS de (NOM) n'a-t-elle pas été remplie au premier jour (J1) ?	OMISSION DE LA PART DES AGENTS D'ADMINISTRATION 01 NE SAVENT PAS REMPLIR 02 ABSENCE DE STYLO 03 PAS EU D'INFORMATION SUR LE REMPLISSAGE DE LA CARTE 04 OUBLI DES PARENTS 05 ENFANT DÉCÉDÉ 06 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

SECTION 4. FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS

N°	NOM DE L'ENFANT _____	NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/>	<input type="text"/>
415G	VÉRIFIEZ 415D b): REPLISSAGE DU DEUXIÈME JOUR (J2)	CODE "1" ENCERCLÉ "J2 REMPLI" <input type="checkbox"/> ↳ (ALLEZ À 415K)	CODE "2" ENCERCLÉ "J2 PAS REMPLI" <input type="checkbox"/> ↓
415H	Pour quelle raison principale la carte CPS de (NOM) n'a-t-elle pas été remplie au deuxième jour (J2) ?	NE SAVENT PAS REMPLIR 02 ABSENCE DE STYLO 03 PAS EU D'INFORMATION SUR LE REMPLISSAGE DE LA CARTE 04 OUBLI DES PARENTS 05 ENFANT DÉCÉDÉ 06 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
415I	Est-ce que (NOM) a reçu le comprimé du deuxième jour (J2)?	OUI 1 → 415K NON 2 NE SAIT PAS 8 → 415K	
415J	Pourquoi (NOM) n'a pas reçu le comprimé du deuxième jour (J2)?	EFFETS INDÉSIRABLES APRÈS MÉDICAMENTS DES JOURS PRÉCÉDENTS: 1 OUBLI 2 REFUS 3 ENFANT DÉCÉDÉ 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
415K	VÉRIFIEZ 415C: POSSESSION DE CARTE CPS	CODE "1" ENCERCLÉ "CARTE CPS VUE" <input type="checkbox"/> ↓	CODES "2 À 6" ENCERCLÉ "CARTE CPS PAS VUE" <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 415N) ←
415L	VÉRIFIEZ 415D c): REPLISSAGE DU TROISIÈME JOUR (J3)	CODE "1" ENCERCLÉ "J3 REMPLI" <input type="checkbox"/> ↳ (ALLEZ À 416)	CODE "2" ENCERCLÉ "J3 PAS REMPLI" <input type="checkbox"/> ↓
415M	Pour quelle raison principale la carte CPS de (NOM) n'a-t-elle pas été remplie au troisième jour (J3) ?	NE SAVENT PAS REMPLIR 02 ABSENCE DE STYLO 03 PAS EU D'INFORMATION SUR LE REMPLISSAGE DE LA CARTE 04 OUBLI DES PARENTS 05 ENFANT DÉCÉDÉ 06 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
415N	Est-ce que (NOM) a reçu le comprimé du troisième jour (J3)?	OUI 1 → 416 NON 2 NE SAIT PAS 8 → 416	

SECTION 4. FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS

N°	NOM DE L'ENFANT _____	NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
4150	Pourquoi (NOM) n'a pas reçu le comprimé du troisième jour (J3)?	EFFETS INDÉSIRABLES APRÈS MÉDICAMENTS DES JOURS PRÉCÉDENTS: 1 OUBLI 2 REFUS 3 ENFANT DÉCÉDÉ 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
416	VÉRIFIEZ 216 ET 217 DANS HISTORIQUE DES NAISSANCES : Y A-T-IL UN AUTRE ENFANT NÉ AU COURS DES 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ET QUI EST TOUJOURS EN VIE? PAS D'AUTRES ENFANTS NÉS DANS 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE TOUJOURS EN VIE <input type="checkbox"/>		IL Y A D'AUTRES ENFANTS NÉS DANS 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE TOUJOURS EN VIE <input type="checkbox"/> → 403

SECTION 5. CONNAISSANCE ET CROYANCES

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
505	<p>Maintenant, je vais vous lire des déclarations et je voudrais que vous me disiez si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec ces déclarations. Si vous ne savez pas, répondez, je ne sais pas.</p> <p>Dans cette communauté, les gens ont du paludisme seulement pendant la saison des pluies. Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
506	<p>Quand un enfant a de la fièvre, vous vous inquiétez toujours en pensant que c'est peut-être le paludisme.</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
507	<p>Avoir le paludisme n'est pas un problème car on peut le traiter facilement.</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
508	<p>Seuls les enfants affaiblis peuvent décéder du paludisme.</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
508A	<p>Les conséquences de contracter le paludisme peuvent être graves.</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
509	<p>Vous pouvez dormir sous une moustiquaire pendant la nuit entière quand il y a beaucoup de moustiques.</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
510	<p>Vous pouvez dormir sous une moustiquaire pendant la nuit entière quand il y a peu de moustiques.</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
511	<p>Vous n'aimez pas dormir sous une moustiquaire quand il fait trop chaud.</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
511A	<p>Vous n'aimez pas dormir sous une moustiquaire car elle rappelle le linceul.</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
511B	<p>Vous n'aimez pas dormir sous une moustiquaire imprégnée car elle ne permet pas de préserver votre intimité.</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
512	<p>Quand un enfant a de la fièvre, il vaut mieux commencer par lui donner des médicaments que vous avez à la maison.</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	

SECTION 5. CONNAISSANCE ET CROYANCES

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À								
513	<p>Dans votre communauté, les gens amènent leur enfant consulter un prestataire de santé le jour même ou le jour suivant l'apparition de la fièvre.</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	<p>D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>									
514	<p>Dans votre communauté, les gens qui ont une moustiquaire dorment habituellement sous la moustiquaire chaque nuit.</p> <p>Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?</p>	<p>D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>									
515	<p>A votre avis, quelle est la cause principale du paludisme?</p>	<p>PIQÛRE DE MOUSTIQUES 01 CONSUMMATION ABUSIVE D'HUILE/D'OEUFs... 02 FATIGUE DUE AU TRAVAIL 03 INSUFFISANCE DU SOMMEIL/ FATIGUE 04 EXPOSITION DIRECTE AU SOLEIL 05 CONSUMMATION DES MANGUES/FRUITS SUCRÉS 06 CONSUMMATION DE LAIT 07 EAU SALE/ENVIRONNEMENT SALE/SALETÉS 08 ALIMENTS SALES/MAL CONSERVÉS/MOUCHES 09 ALIMENTS FROIDS/ALIMENTS GLACÉS 10 FRAICHEUR/HUMIDITÉ/ PLUIES 11</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>									
516	<p>Quels sont, selon vous, les symptômes du paludisme ?</p> <p>INSISTEZ : Autres symptômes?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>FIÈVRE A MANQUE D'APPÉTIT/ VOMISSEMENTS B TEMPÉRATURE ÉLEVÉE AVEC CONVULSIONS C TEMPÉRATURE ÉLEVÉE AVEC ÉVANOUISSEMENT D TEMPÉRATURE PERSISTANTE E CONVULSIONS F JAUNISSE G URINES JAUNES/URINES COLORÉES FONCÉES H CÉPHALÉS/MIGRAINES/MAUX DE TÊTE I COURBATURE/DOULEURS DES ARTICULATIONS J DIARRHÉE K PALEUR/DÉMAGEAISON L</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>									
517	<p>ENREGISTREZ L'HEURE.</p>	<p>HEURES <table border="1" data-bbox="1209 1440 1348 1496"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>MINUTES..... <table border="1" data-bbox="1209 1496 1348 1552"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p>									

OBSERVATIONS DE L'AGENT ENQUÊTEUR
À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE
