

ENQUÊTE NATIONALE SUR LE PALUDISME (ENPS, 2006)

QUESTIONNAIRE FEMME

République du Sénégal  
Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

ORC Macro  
Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH)

IDENTIFICATION	
NOM DE LA LOCALITÉ _____	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ NUMÉRO DU MÉNAGE _____	MÉNAGE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NUMÉRO DE CONCESSION.....	CONCES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NUMÉRO DE GRAPPE.....	GRAPPE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DISTRICT SANITAIRE _____	D. SANITAIRE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RÉGION _____	RÉGION..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2).....	MILIEU..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL (DAKAR=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4).....	MILIEU (DÉTAILLÉ)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____	N° DE LIGNE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-----	
NUMÉRO DE GRAPPE DANS L'EDS-IV DE 2005.....	GRAPPE EDS-IV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MÉNAGE ENQUÊTÉ DANS L'EDS-IV DE 2005 ? (OUI=1, NON=2).....	ENQUÊTE EDS-IV..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NUMÉRO DU MÉNAGE DANS L'EDS-IV 2005.....	MÉNAGE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
FEMME ENQUÊTÉE DANS L'EDS-IV DE 2005 ? (OUI=1, NON=2).....	FEMME EDS-IV..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME DANS L'EDS-IV.....	N° DE LIGNE EDS-IV.. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

VISITES D'ENQUÊTRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				MOIS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				ANNÉE.. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 6
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	CODE ENQUÊT. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NBRE TOTAL DE VISITES..... <input type="checkbox"/>
HEURE	_____	_____		
*CODES RÉSULTAT :				
1 REMPLI                      4 REFUSÉ				
2 PAS À LA MAISON      5 REMPLI PARTIELLEMENT      7 AUTRE _____ (PRÉCISER)				
3 DIFFÉRÉ                    6 INCAPACITÉ				

LANGUE DE QUESTIONNAIRE** <input type="checkbox"/> 1	LANGUE DE L'INTERVIEW** <input type="checkbox"/>	INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2). <input type="checkbox"/>
**CODES LANGUE :		
1 FRANÇAIS	4 SERER	8 AUTRES
2 WOLOF	5 MANDINGUE	
3 POULAR	6 DIOLA	

CHEF D'ÉQUIPE	SUPERVISEUR	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	NOM _____	_____	_____
DATE _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DATE _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

**CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS**

Bonjour. Mon nom est \_\_\_\_\_ et je travaille pour le Ministère de la Santé. Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la prévention et la prise en charge du paludisme. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur les membres de votre ménage, la possession et l'utilisation des moustiquaires. Ces informations seront utiles au gouvernement pour planifier les services de santé. L'entretien prend généralement entre 20 et 25 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à une question particulière ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est particulièrement importante pour nous.

Avez-vous des questions sur l'enquête ?  
Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

Signature de l'enquêtrice : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE..... 1      L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS.... 2 → FIN

N <sup>o</sup> .	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE..... MINUTES.....	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNÉE..... NSP ANNÉE.....9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.....	
104	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 108
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2ème cycle, supérieur ou autre ?	PRIMAIRE..... 1 SECONDAIRE 1..... 2 SECONDAIRE 2..... 3 SUPÉRIEUR..... 4 AUTRE..... 7	
106	Quelle est la dernière (année/classe) que vous avez achevée à ce niveau ?	ANNÉE.....	
107	VÉRIFIER 105 : PRIMAIRE: <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR: <input type="checkbox"/>		→ 109

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
108	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à voix haute ; lisez-en le plus que vous pouvez.  MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE.  SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE UNE PHRASE ENTIÈRE, INSISTER : Pouvez-vous me lire certaines parties de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT..... 1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES..... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE..... 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT..... 4 (PRÉCISER LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE..... 5	
109	Quelle est votre religion ?	MUSULMAN..... 1 CHRÉTIEN..... 2 ANIMISTE..... 3 SANS RELIGION..... 4 AUTRE ..... 5 (PRÉCISER)	
110	Etes-vous sénégalaise ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 201
111	Quelle est votre ethnie ?	WOLOF..... 01 POULAR..... 02 SERER..... 03 MANDINGUE/SOCÉ..... 04 DIOLA..... 05 SONINKÉ/SARAKOLÉ..... 06 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	

<sup>3</sup> Sur chaque carte doivent figurer quatre phrases simples adaptées au pays (par exemple : "Les parents aiment leurs enfants", "Le travail de la terre est dur", "L'enfant lit un livre", "Les enfants travaillent beaucoup à l'école"). Des cartes doivent être préparées dans toutes les langues dans lesquelles les enquêtées sont susceptibles d'être alphabétisées.

**SECTION 2. REPRODUCTION**

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES À LA MAISON..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 206								
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES AILLEURS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTER Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie à la naissance mais qui n'a pas survécu ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DÉCÉDÉES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207 ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	AUCUN..... 00  TOTAL..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			→ 224						
209	VÉRIFIER 208 : Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	VÉRIFIER 208 : UNE NAISSANCE : <input type="checkbox"/> Est-ce que cet enfant est né au cours des six dernières années. SI NON, ENCERCLER "00". DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> Combien de ces enfants sont nés au cours des six dernières années ?	AUCUN..... 00  TOTAL AU COURS DES SIX DERNIÈRES ANNÉES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			→ 224						

<p>211 Maintenant, je voudrais enregistrer le nom de tous les enfants auxquels vous avez donné naissance au cours des six dernières années, qu'ils soient encore en vie ou non, en commençant par la naissance la plus récente.</p> <p><b>ENREGISTRER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES AU COURS DES 6 DERNIÈRES ANNÉES À Q 212.</b></p> <p><b>NOTER LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.</b></p>								
212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre (dernier/précédent) enfant ?  (NOM)	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ?  INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE  (NOTER '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 SUIVANTE) ?
01	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (NAISS. SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISS. SUIV.)	
02	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLER À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
03	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLER À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
04	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLER À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
05	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLER À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
06	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLER À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
07	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLER À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2

221	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, NOTER LA/LES NAISSANCE/S DANS LE TABLEAU DE NAISSANCES.	OUI..... 1 NON..... 2	
222	<p>COMPARER 210 AU NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER :</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX : <input type="checkbox"/>      NOMBRES SONT DIFFÉRENTS : <input type="checkbox"/> → (INSISTER ET CORRIGER)</p> <p>VÉRIFIER : POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE..... <input type="checkbox"/></p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ..... <input type="checkbox"/></p>		
223	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2001 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.		<input type="checkbox"/>
224	Êtes-vous enceinte en ce moment ?	OUI..... 1 NON..... 2 PAS SÛRE..... 8	<input type="checkbox"/> → 226
225	De combien de mois êtes-vous enceinte ?  ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
226	<p>VÉRIFIER 223 :</p> <p>UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2001 OU PLUS TARD: <input type="checkbox"/></p> <p>PAS DE NAISSANCES EN 2001 OU PLUS TARD : <input type="checkbox"/> → 345</p>		

## SECTION 3A. GROSSESSE ET TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
301	NOTER LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE À 302. Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre dernière grossesse qui s'est terminée par une naissance vivante, au cours des 6 dernières années:		
302	SELON Q. 212 ET 216 (LIGNE 01)	DERNIÈRE NAISSANCE : NOM: _____ VIVANT: <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ : <input type="checkbox"/>	
303	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous reçu de soins prénatals ? SI OUI : Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ?  INSISTER POUR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFS DE LA SANTÉ MÉDECIN..... A SAGE-FEMME..... B INFIRMIÈRE/ICP..... C AUTRE PERSONNE MATRONNE..... D ACCOUCHEUSE TRAD..... E PARENT/AMIE..... F AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE..... Y	
304	Au cours de cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI..... 1 NON..... 2 PAS SÛRE..... 8	→ 310
305	Quels médicaments avez-vous pris ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.  SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ, MONTRER LES MÉDICAMENTS ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.	SP/FANSIDAR..... A CHLOROQUINE..... B AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... Z	
306	VÉRIFIER 305 :  MÉDICAMENTS PRIS POUR ÉVITER LE PALUDISME :	CODE 'A' ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> CODE 'A' PAS ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/>	→ 310
307	Combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar au cours de cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	
308	VÉRIFIER 303 :  SOINS PRÉNATALS DISPENSÉS PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ AU COURS DE CETTE GROSSESSE ?	CODE 'A', 'B' OU 'C' ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> AUTRE: <input type="checkbox"/>	→ 310
309	Avez-vous obtenu la SP/Fansidar lors d'une visite prénatale, lors d'une autre visite dans une formation sanitaire, ou auprès d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE..... 1 AUTRE FORMATION SANITAIRE..... 2 AUTRE SOURCE _____ 6 (PRÉCISER)	
310	VÉRIFIER 215 ET 216 :  UN ENFANT VIVANT OU PLUS NÉ EN 2001 OU PLUS TARD : <input type="checkbox"/> PAS D'ENFANT VIVANT NÉ EN 2001 OU PLUS TARD : <input type="checkbox"/>		→ 345

## SECTION 3B. FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS

311	<p>NOTER DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE CHAQUE ENFANT VIVANT NÉ EN L'AN 2001 OU PLUS TARD. S'IL Y A PLUS DE 2 ENFANTS VIVANTS NÉS EN L'AN 2001 OU PLUS TARD, UTILISER DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.</p> <p>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur la santé de tous vos enfants qui sont âgés de moins de 6 ans. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).</p>		
312	NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212.	<p>DERNIER ENFANT</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM: _____</p>	<p>AVANT DERNIER ENFANT</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM: _____</p>
313	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre à un moment quelconque au cours des 2 dernières semaines ?	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>(ALLER À 313 ENFANT SUIVANT, OU SI DERNIER ENFANT, ALLER À 345) ←</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>(ALLER À 313 ENFANT SUIVANT, OU SI DERNIER ENFANT, ALLER À 345) ←</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>
314	Combien de jours se sont-ils passés entre le début de la fièvre et aujourd'hui ? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER '00'.	<p>JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS..... 98</p>	<p>JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS..... 98</p>
315	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre ?	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>( ALLER À 317) ←</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>( ALLER À 317) ←</p>
316	Où avez-vous cherché un traitement ou demandé des conseils ?	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV..... A</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV..... B</p> <p>POSTE SANTÉ GOUV..... C</p> <p>MATERNITÉ RURALE..... D</p> <p>CASE DE SANTÉ..... E</p> <p>PHARM. COMM..... F</p> <p>STR.AV./EQ.MOBI..... G</p> <p>AGENT SANTÉ C..... H</p> <p>AUTRE PUBLIC..... I</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLIN/CABINET..... J</p> <p>PHARMACIE..... K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ..... L</p> <p>DISPENSARE RELIG..... M</p> <p>AGENT SANTÉ COMMUNAL N</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ</p> <p>..... O</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE..... P</p> <p>GUÉRISSEUR TRADIT..... Q</p> <p>PARENT/AMI/VOISIN..... R</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV..... A</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV..... B</p> <p>POSTE SANTÉ GOUV..... C</p> <p>MATERNITÉ RURALE..... D</p> <p>CASE DE SANTÉ..... E</p> <p>PHARM. COMM..... F</p> <p>STR.AV./EQ.MOBI..... G</p> <p>AGENT SANTÉ C..... H</p> <p>AUTRE PUBLIC..... I</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLIN/CABINET..... J</p> <p>PHARMACIE..... K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ..... L</p> <p>DISPENSARE RELIG..... M</p> <p>AGENT SANTÉ COMMUNAL N</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ</p> <p>..... O</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE..... P</p> <p>GUÉRISSEUR TRADIT..... Q</p> <p>PARENT/AMI/VOISIN..... R</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p>
316A	Combien de jours après le début de la fièvre avez-vous commencé à rechercher un traitement pour (NOM) ? SI LE MÊME JOUR, ENREGISTRER '00'	<p>JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>
317	Est-ce que (NOM) a toujours la fièvre ?	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>

	NOM DE L'ENFANT	DERNIER ENFANT NOM: _____	AVANT DERNIER ENFANT NOM: _____
318	À cours de sa maladie, est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre ?	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 344) ← NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 344) ← NE SAIT PAS..... 8
319	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? <sup>1</sup>  D'autres médicaments ?  NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. DEMANDER À VOIR LE(S) MÉDICAMENT(S) SI LE TYPE DE MÉDICAMENT EST INCONNU.  SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT PAS ÊTRE IDENTIFIÉ, MONTRER LES MÉDICAMENTS ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.  <sup>1</sup> AMONATE COMPRIMÉ, FALCIMON COMPRIMÉ ET ARSUCAM COMPRIMÉ CONSTITUENT L'ACT.	ANTIPALUDIQUES : AMONATE COMPRIMÉ/ FALCIMON COMPRIMÉ/ ARSUCAM COMPRIMÉ..... A SP/FANSIDAR..... B CHLOROQUINE..... C AMODIAQUINE..... D QUININE..... E AUTRE..... F  _____ (PRÉCISER)  AUTRE MÉDICAMENTS ASPIRINE..... G ACETAMINOPHEN/ PARACETAMOL..... H IBUPROFEN..... I  AUTRE _____ X (PRÉCISER)  NE SAIT PAS..... Z	ANTIPALUDIQUES : AMONATE COMPRIMÉ/ FALCIMON COMPRIMÉ/ ARSUCAM COMPRIMÉ..... A SP/FANSIDAR..... B CHLOROQUINE..... C AMODIAQUINE..... D QUININE..... E AUTRE..... F  _____ (PRÉCISER)  AUTRE MÉDICAMENTS ASPIRINE..... G ACETAMINOPHEN/ PARACETAMOL..... H IBUPROFEN..... I  AUTRE _____ X (PRÉCISER)  NE SAIT PAS..... Z
320	VÉRIFIER 319:  AU MOINS UN CODE DE 'A' À 'F' ENCERCLÉ ?	OUI : <input type="checkbox"/> NON: <input type="checkbox"/> (RETOURNER À 313 DANS LA COL. SUIVANTE; OU SI DERN. ENFANT, ALLER À 344)	OUI : <input type="checkbox"/> NON: <input type="checkbox"/> (RETOURNER À 313 DANS LA COL. SUIVANTE; OU SI DERN. ENFANT, ALLER À 344)
320A	VÉRIFIER 319 :  A T-ON DONNÉ DE L'ACT ('A') ? AMONATE COMPRIMÉ, FALCIMON COMPRIMÉ ET ARSUCAM COMPRIMÉ CONSTITUENT L'ACT.	CODE 'A' ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> CODE 'A' PAS ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> (ALLER À 324)	CODE 'A' ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> CODE 'A' PAS ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> (ALLER À 324)
321	Combien de temps après le début de la fièvre (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre les comprimés de d'amonate/falcimon/arsucam ?	LE MÊME JOUR..... 0 LE JOUR SUIVANT..... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 2 3 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS LA 4 NE SAIT PAS..... 8	LE MÊME JOUR..... 0 LE JOUR SUIVANT..... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 2 3 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS LA 4 NE SAIT PAS..... 8
322	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris les comprimés d'amonate/falcimon/arsucam ?  SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	JOURS..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS.....8	JOURS..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS.....8
323	Aviez-vous les comprimés d'amonate/falcimon/arsucam chez vous ou les avez-vous obtenus ailleurs ?  SI 'AUTRE PART', INSISTER POUR OBTENIR LA SOURCE. SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez-vous obtenu ces comprimés la première fois ?	CHEZ MOI..... 1 HÔPIT/CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUV..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 PHARMACIE..... 4 BOUTIQUE..... 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	CHEZ MOI..... 1 HÔPIT/CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUV..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 PHARMACIE..... 4 BOUTIQUE..... 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8

	NOM DE L'ENFANT	DERNIER ENFANT NOM: _____	AVANT DERNIER ENFANT NOM: _____
324	VÉRIFIER 319 :  A T-ON DONNÉ LA SP/FANSIDAR ('B') ?	CODE 'B' ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/>  CODE 'B' PAS ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> (ALLER À 328)	CODE 'B' ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/>  CODE 'B' PAS ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> (ALLER À 328)
325	Combien de temps après le début de la fièvre (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la chloroquine ?	LE MÊME JOUR..... 0 LE JOUR SUIVANT..... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 2 3 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS LA 4 NE SAIT PAS..... 8	LE MÊME JOUR..... 0 LE JOUR SUIVANT..... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 2 3 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS LA 4 NE SAIT PAS..... 8
326	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de la SP/FANSIDAR ?  SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	JOURS..... <input type="checkbox"/>  NE SAIT PAS.....8	JOURS..... <input type="checkbox"/>  NE SAIT PAS.....8
327	Aviez-vous la chloroquine chez vous ou l'avez-vous obtenue ailleurs ?  SI 'AUTRE PART', INSISTER POUR OBTENIR LA SOURCE. SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez-vous obtenu la SP/FANSIDAR la première fois ?	CHEZ MOI..... 1 HÔPIT/CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUV..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 PHARMACIE..... 4 BOUTIQUE..... 5 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	CHEZ MOI..... 1 HÔPIT/CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUV..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 PHARMACIE..... 4 BOUTIQUE..... 5 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8
328	VÉRIFIER 319 :  A T-ON DONNÉ LA CHLOROQUINE ('C') ?	CODE 'C' ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/>  CODE 'C' PAS ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> (ALLER À 332)	CODE 'C' ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/>  CODE 'C' PAS ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> (ALLER À 332)
329	Combien de temps après le début de la fièvre (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la chloroquine ?	LE MÊME JOUR..... 0 LE JOUR SUIVANT..... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 2 3 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS LA 4 NE SAIT PAS..... 8	LE MÊME JOUR..... 0 LE JOUR SUIVANT..... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 2 3 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS LA 4 NE SAIT PAS..... 8
330	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de la chloroquine ?  SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	JOURS..... <input type="checkbox"/>  NE SAIT PAS.....8	JOURS..... <input type="checkbox"/>  NE SAIT PAS.....8
331	Aviez-vous la chloroquine chez vous ou l'avez-vous obtenue ailleurs ?  SI 'AUTRE PART', INSISTER POUR OBTENIR LA SOURCE. SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez-vous obtenu la chloroquine la première fois ?	CHEZ MOI..... 1 HÔPIT/CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUV..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 PHARMACIE..... 4 BOUTIQUE..... 5 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	CHEZ MOI..... 1 HÔPIT/CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUV..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 PHARMACIE..... 4 BOUTIQUE..... 5 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8
332	VÉRIFIER 319 :  A T-ON DONNÉ L'AMODIAQUINE ('D') ?	CODE 'D' ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/>  CODE 'D' PAS ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> (ALLER À 336)	CODE 'D' ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/>  CODE 'D' PAS ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> (ALLER À 336)
333	Combien de temps après le début de la fièvre (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ?	LE MÊME JOUR..... 0 LE JOUR SUIVANT..... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 2 3 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS LA 4 NE SAIT PAS..... 8	LE MÊME JOUR..... 0 LE JOUR SUIVANT..... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 2 3 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS LA 4 NE SAIT PAS..... 8

	NOM DE L'ENFANT	DERNIER ENFANT NOM: _____	AVANT DERNIER ENFANT NOM: _____
334	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de l'amodiaquine ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	JOURS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS.....8	JOURS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS.....8
335	Aviez-vous l'amodiaquine chez vous ou l'avez-vous obtenue ailleurs ?  SI 'AUTRE PART', INSISTER POUR OBTENIR LA SOURCE. SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez-vous obtenu l'amodiaquine la première fois ?	CHEZ MOI..... 1 HÔPIT/CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUV..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 PHARMACIE..... 4 BOUTIQUE..... 5 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	CHEZ MOI..... 1 HÔPIT/CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUV..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 PHARMACIE..... 4 BOUTIQUE..... 5 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8
336	VÉRIFIER 319 :  A T-ON DONNÉ LA QUININE ('E') ?	CODE 'E' ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> CODE 'E' PAS ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> (ALLER À 340)	CODE 'E' ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> CODE 'E' PAS ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> (ALLER À 340)
337	Combien de temps après le début de la fièvre (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre la quinine ?	LE MÊME JOUR..... 0 LE JOUR SUIVANT..... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 2 3 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS LA 4 NE SAIT PAS..... 8	LE MÊME JOUR..... 0 LE JOUR SUIVANT..... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 2 3 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS LA 4 NE SAIT PAS..... 8
338	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris la quinine ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	JOURS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS.....8	JOURS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS.....8
339	Aviez-vous la quinine chez vous ou l'avez-vous obtenue ailleurs ?  SI 'AUTRE PART', INSISTER POUR OBTENIR LA SOURCE. SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez-vous obtenu la quinine la première fois ?	CHEZ MOI..... 1 HÔPIT/CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUV..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 PHARMACIE..... 4 BOUTIQUE..... 5 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	CHEZ MOI..... 1 HÔPIT/CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUV..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 PHARMACIE..... 4 BOUTIQUE..... 5 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8
340	VÉRIFIER 319 :  AUTRES MÉDICAMENTS ?	CODE 'F' ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> CODE 'F' PAS ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> (ALLER À 344)	CODE 'F' ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> CODE 'F' PAS ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/> (ALLER À 344)
341	Combien de temps après le début de la fièvre (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDIQUE) ?	LE MÊME JOUR..... 0 LE JOUR SUIVANT..... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 2 3 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS LA 4 NE SAIT PAS..... 8	LE MÊME JOUR..... 0 LE JOUR SUIVANT..... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 2 3 JOURS APRÈS LA FIÈVRE... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS LA 4 NE SAIT PAS..... 8
342	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDIQUE) ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	JOURS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS.....8	JOURS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS.....8
343	Aviez-vous (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDIQUE) chez vous ou l'avez-vous obtenue ailleurs ?  SI 'AUTRE PART', INSISTER POUR OBTENIR LA SOURCE. SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez-vous obtenu (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDIQUE) la première fois ?	CHEZ MOI..... 1 HÔPIT/CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUV..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 PHARMACIE..... 4 BOUTIQUE..... 5 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	CHEZ MOI..... 1 HÔPIT/CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUV..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 PHARMACIE..... 4 BOUTIQUE..... 5 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8

344		RETOURNER À 313 DANS LA COLONNE SUIVANTE, OU, SI DERNIER ENFANT, ALLER À 345.	RETOURNER À 313 DANS LA COLONNE SUIVANTE, OU, SI DERNIER ENFANT, ALLER À 345.				
345	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURES..... MINUTES.....	<table border="1" data-bbox="1036 226 1122 327"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>				

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

---

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

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

---

---

---

---

---

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