

ENQUÊTE NATIONALE SUR LE PALUDISME (ENPS, 2008)

QUESTIONNAIRE FEMME

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

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

IDENTIFICATION	
RÉGION _____	RÉGION..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DISTRICT SANITAIRE _____	D. SANITAIRE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
COMMUNE D'ARRONDISSEMENT/COMMUNAUTÉ RURALE _____	COMM/C.R..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NUMÉRO DE GRAPPE.....	GRAPPE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM DU CHEF DE CONCESSION _____	No CONCES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ No MÉNAGE DANS L'ECHANTILLON	MÉNAGE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM DE LA LOCALITÉ _____ (COMMUNE D'ARROND À DAKAR, COMMUNE, C. RURALE)	LOCALITÉ..... <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 _____	No LIGNE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MÉNAGE ÉCHANTILLON (PARMI LES 30 DE LA GRAPPE) ? (OUI=1, NON=2).....	MÉNAGE ÉCHANT ?... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MÉNAGE TIRÉ POUR TEST ANÉMIE/PARASITÉMIE PALUSTRE (OUI=1, NON=2).....	MÉNAGE PALU ?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

VISITES D'ENQUÊTRICES/D'ENQUÊTEURS				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM DE L'ENQUÊTRICE/ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	MOIS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE. <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____		CODE ENQU..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				CODE RÉSULTAT..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
*CODES RÉSULTAT : 1..... REMPLI 4..... REFUSÉ 8 AUTRE _____ 2..... PAS À LA MAISON 5..... REMPLI PARTIELLEMENT (PRECISER) 3..... DIFFÉRÉ 6..... INCAPACITÉ				
LANGUE DE QUESTIONNAIRE** <input type="text" value="1"/> LANGUE DE L'INTERVIEW** <input type="text"/> INTERPRÈTE <input type="text"/> (OUI=1, NON=2)				
**CODES LANGUE : 1 FRANÇAIS 4 SERER 8 AUTRE _____ 2 WOLOF 5 MANDINGUE (PRECISER) 3 POULAR 6 DIOLA				

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

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 le paludisme. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. Les informations que vous allez nous fournir aideront le gouvernement à planifier les services de santé. L'entretien prend généralement entre 10 et 20 minutes. Toute information que vous nous fournirez restera strictement confidentielle et ne sera transmise à personne autre que que les membres de notre enquête.

La participation à cette enquête est volontaire, et s'il y a une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, faites-le moi savoir et je passerai à la question suivante. Vous pouvez également arrêter l'entretien à tout moment. Nous espérons cependant que vous participerez à cette enquête car votre opinion est importante pour nous.

Maintenant, avez-vous des questions sur l'enquête ?
Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

Signature de l'enquêteur (trice) : _____ Date: _____

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

NO.	QUESTIONS ET FILTERS	CODES	ALLER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	
102	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIRE '00' ANNÉE.	ANNÉES..... TOUJOURS.....95 VISITEUSE.....96	→ 104
103	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans une grande ville, une ville, ou dans un village ?	GRANDE VILLE..... 1 VILLE..... 2 RURAL..... 3	
104	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNÉE..... NSP ANNÉE.....9998	
105	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 104 ET/OU 105 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.....	
106	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 110
107	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE..... 1 SECONDAIRE..... 2 SUPÉRIEUR..... 3	
108	Quelle est la dernière année/classe que vous avez achevé à ce niveau ?	ANNÉE.....	

109	VÉRIFIER 107 : PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>		 → 111
110	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase. MONTRER LA CARTE À L'ENQUÊTÉE (3) SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE TOUTE LA PHRASE, 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..... 6	
111	Quelle est votre religion ?	MUSULMAN..... 1 CHRÉTIEN..... 2 ANIMISTE..... 3 SANS RELIGION..... 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	
112	Etes-vous sénégalaise ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 201
113	Quelle est votre ethnie ?	WOLOF.....01 POULAR..... 02 SERER..... 03 MANDINGUE/SOCÉ..... 04 DIOLA.....05 SONINKÉ/SARAKOLÉ..... 06 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	

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 eu 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	FAIRE LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
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 OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> → 225										

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1^{ère} que vous avez eue.
NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.
 (S'IL Y A PLUS DE 12 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL).

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ? (NOM)	(NOM) était-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 ?	217 SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	218 SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	219 SI EN VIE : NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	220 SI DÉCÉDÉ : Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ? Y compris des enfants décédés après la naissance ?
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 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON.... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISS. SUIV.)	JOURS.... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES...3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	SIMP..... 1 MULT..... 2	GAR.... 1 FILLE.. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON.... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON.... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS.... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES...3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2
03	SIMP..... 1 MULT..... 2	GAR.... 1 FILLE.. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON.... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON.... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS.... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES...3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2
04	SIMP..... 1 MULT..... 2	GAR.... 1 FILLE.. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON.... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON.... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS.... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES...3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2
05	SIMP..... 1 MULT..... 2	GAR.... 1 FILLE.. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON.... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON.... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS.... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES...3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2
06	SIMP..... 1 MULT..... 2	GAR.... 1 FILLE.. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON.... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON.... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS.... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES...3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2
07	SIMP..... 1 MULT..... 2	GAR.... 1 FILLE.. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON.... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON.... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS.... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES...3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ? (NOM)	(NOM) était-il/elle une naissance multiple ?	(NOM) (NAME) 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 ?	SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	SI EN VIE : NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	SI DÉCÉDÉ : Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANS.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ? Y compris des enfants décédés après la naissance ?
08	SIMP..... 1 MULT..... 2	GAR.... 1 FILLE.. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES...3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2
09	SIMP..... 1 MULT..... 2	GAR.... 1 FILLE.. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES...3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2
10	SIMP..... 1 MULT..... 2	GAR.... 1 FILLE.. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES...3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2
11	SIMP..... 1 MULT..... 2	GAR.... 1 FILLE.. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES...3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2
12	SIMP..... 1 MULT..... 2	GAR.... 1 FILLE.. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES...3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, ENREGISTRER DANS LE TABLEAU DES NAISSANCES					OUI..... 1 NON..... 2			
223	<p>COMPARER 208 AVEC 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.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.</p>								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2003 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'. <input type="checkbox"/>		
225	Êtes-vous enceinte en ce moment ?	OUI..... 1 NON..... 2 PAS SÛRE..... 8	→ 226A
226	De combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98	
226A	Selon vous, quels sont les avantages pour une femme enceinte à dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ?	AUCUN AVANTAGE..... A PLUS EFFICACE CONTRE LES MOUSTIQUEB TUE MOUSTIQUES/AUTRES INSECTES..... C ECARTE MOUSTIQUES/AUTRES INSECTES D MEILLEUR POUR PREVENIR LE PALUDISMIE MEILLEUR POUR PREVENIR FAUSSES COUCHES/MORTS-NES..... F FEMME MIEUX PROTÉGÉE CONTRE MALADIES..... G ECONOMISE ARGENT CAR ENFANT NON MALADE..... H AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... Z	
226B	Selon vous, quels sont les inconvénients pour une femme enceinte à dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ?	AUCUN INCONVENIENT..... A MAUVAISE ODEUR..... B CAUSE DES IRRATTIONS/TOUX..... C REND MALADE..... D DONNE DES NAUSEES..... E PRODUIT CHIMIQUE DANGEREUX..... F PRODUIT UTILISE PEUT TUER LE FOETUS/ CAUSER DE FAUSSES COUCHES..... G PEUT SUFFOQUER/DIFFICULTES RESPIRE H INSECTICIDE UTILISE NON EFFICACE..... I MOUSTIQUAIRE SE SALIT VITE..... J AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... Z	
227	VÉRIFIER 224 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES <input type="checkbox"/> EN 2003 OU PLUS TARD	AUCUNE NAISSANCE EN 2003 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	→ 435

SECTION 3. 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 (2003 ou plus tard).		
302	VÉRIFIER 212 POUR LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE. VÉRIFIER 216 POUR L'ÉTAT DE SURVIE DE L'ENFANT.	DERNIÈRE NAISSANCE : NOM: _____ NO. DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> VIVANT: <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ : <input type="checkbox"/>	
303	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous reçu des 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) AUCUNE PERSONNE..... Y	
304	Au cours de cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter ou prévenir le paludisme ?	OUI..... 1 NON..... 2 PAS SÛRE/NE SAIT PAS..... 8	→ 401
305	Quels médicaments avez-vous pris ? ² 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/PDR..... Z	
306	VÉRIFIER 305 : MÉDICAMENTS PRIS POUR ÉVITER LE PALUDISME CODE 'A' ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/>	CODE 'A' PAS ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/>	→ 401
306A	Avez-vous obtenu gratuitement le médicament (SP/FANSIDAR), ou bien avez-vous payé de l'argent pour l'obtenir ?	GRATUITEMENT..... 1 A PAYÉ DE L'ARGENT..... 2	→ 307
306B	Combien d'argent avez-vous effectivement payé pour l'acquérir ? NOTER EN FRANCS CFA.	PRIX..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 9998	
307	Combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar au cours de cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS/PDR..... 98	
308	VÉRIFIER 303 : SOINS PRÉNATALS DISPENSÉS PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ AU COURS DE CETTE GROSSESSE ? CODE 'A', 'B' OU 'C' ENCLERCLÉ: <input type="checkbox"/>	AUTRE: <input type="text"/>	→ 401
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) NE SAIT PAS/PDR..... 8	

SECTION 4. FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS

401	<p>INSCRIRE DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2003 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER UN AUTRE QUESTIONNAIRE, EN COMMENÇANT PAR LA PREMIÈRE COLONNE).</p> <p>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur la santé de tous vos enfants qui sont âgés de moins de 6 ans (nés en 2003 ou plus tard) (Nous parlerons d'un enfant à la fois).</p>			
402	NUMÉRO DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>	AVANT-AVANT-DERN. NAISS. NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>
403	VÉRIFIER 212: ENREGISTRER LE NOM. VÉRIFIER 216: ENREGISTRER L'ÉTAT DE SURVIE.	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLER À 403 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLER À 403 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLER À 403 DE LA 1ÈRE COLONNE D'UN NOUV. QUESTIONNAIRE, OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435)
404	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, au cours des 2 dernières semaines?	OUI 1 NON 2 (RETOURNER À 403 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (RETOURNER À 403 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 403 DE LA 1ÈRE COLONNE D'UN NOUV. QUESTIONNAIRE, OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435) NE SAIT PAS 8
405	Depuis combien de jours, la fièvre a-t-elle commencé? SI MOINS D'UN JOUR ENREGISTRER '00'	JOURS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98	JOURS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98	JOURS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98
406	Avez-vous cherché des conseils ou un traitement pour la fièvre d'une source quelconque?	OUI 1 NON 2 (ALLER À 411) ←	OUI 1 NON 2 (ALLER À 411) ←	OUI 1 NON 2 (ALLER À 411) ←
407	Où avez-vous cherché des conseils ou un traitement ? Quelque part d'autre? INSISTER POUR IDENTIFIER LES TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODE(S) APPROPRIÉS(S). SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. (NOM DE L'ENDROIT)	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUV..... B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUV..... C</p> <p>MATERNITÉ RUR..... D</p> <p>CASE DE SANTÉ..... E</p> <p>PHARM. COMM..... F</p> <p>STR.AV/É. MOBILE... G</p> <p>AGENT SANTÉ C..... H</p> <p>AUTRE PUBLIC I (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE CABINET..... J</p> <p>PHARMACIE..... K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ..... L</p> <p>DISPENS. RELIG..... M</p> <p>AGENT SANTÉ C..... N</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRI..... O (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.. P</p> <p>GUÉRISSEUR TRA.... Q</p> <p>PARENT/AMI/VOISIN.. R</p> <p>AUTRE X (PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUV. B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUV. C</p> <p>MATERNITÉ RUR. D</p> <p>CASE DE SANTÉ E</p> <p>PHARM. COMM. F</p> <p>STR.AV/É. MOBILE G</p> <p>AGENT SANTÉ C. H</p> <p>AUTRE PUBLIC I (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE CABINET J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ L</p> <p>DISPENS. RELIG. M</p> <p>AGENT SANTÉ C. N</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRI O (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE P</p> <p>GUÉRISSEUR TRA Q</p> <p>PARENT/AMI/VOISI R</p> <p>AUTRE X (PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUV. B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUV. C</p> <p>MATERNITÉ RUR. D</p> <p>CASE DE SANTÉ E</p> <p>PHARM. COMM. F</p> <p>STR.AV/É. MOBILE G</p> <p>AGENT SANTÉ C. H</p> <p>AUTRE PUBLIC I (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE CABINET J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ L</p> <p>DISPENS. RELIG. M</p> <p>AGENT SANTÉ C. N</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRI O (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE P</p> <p>GUÉRISSEUR TRA Q</p> <p>PARENT/AMI/VOISI R</p> <p>AUTRE X (PRÉCISER)</p>

NO.	QUESTIONS ET FILTERS	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAIS.	AVANT-AVANT-DERN. NAIS.
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
408	VÉRIFIER 407:	2 CODES UN OU SEUL PLUS CODE ENCER- ENCERCLÉ CLÉS (ALLER À 410) ←	2 CODES UN OU SEUL PLUS CODE ENCER- ENCERCLÉ CLÉS (ALLER À 410) ←	2 CODES UN OU SEUL PLUS CODE ENCER- ENCERCLÉ CLÉS (ALLER À 410) ←
409	Où êtes-vous allée en premier pour chercher des conseils ou un traitement? UTILISER LE CODE LETTRE DE 407	1 ^{er} ENDROIT <input type="checkbox"/>	1 ^{er} ENDROIT <input type="checkbox"/>	1 ^{er} ENDROIT <input type="checkbox"/>
410	Combien de jours après le début de la fièvre, avez-vous commencé à chercher des conseils/traitement pour (NOM)? SI MÊME JOUR, INSCRIVEZ '00'.	JOURS <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/>
410A	En plus de la fièvre, quels autres symptômes avait (NOM)?	FRISSONS..... A MAUX DE TETE..... B TOUX..... C CRACHATS/NAUSEES... D ANGINES..... E ERUPTION CUTANEE.... F ÉCOULEMENT OREILLE G VOMISSEMENTS..... H AUTRES..... X (PRÉCISER)	FRISSONS..... A MAUX DE TETE..... B TOUX..... C CRACHATS/NAUSEES... D ANGINES..... E ERUPTION CUTANEE.... F ÉCOULEMENT OREILLE G VOMISSEMENTS..... H AUTRES..... X (PRÉCISER)	FRISSONS..... A MAUX DE TETE..... B TOUX..... C CRACHATS/NAUSEES... D ANGINES..... E ERUPTION CUTANEE.... F ÉCOULEMENT OREILLE G VOMISSEMENTS..... H AUTRES..... X (PRÉCISER)
410B	Quand (NOM) avait la fièvre, lui avait-on fait un test qui consiste à prélever quelques gouttes de sang du doigt ou du talon et l'examiner pour savoir tout de suite si (NOM) avait le paludisme ou non ? MONTRER LUI-LES INSTRUMENTS LES INSTRUMENTS UTILISÉS.	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À Q411) ← NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À Q411) ← NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À Q411) ← NE SAIT PAS..... 8
410C	Vous avait-on communiqué les résultats du test fait sur (NOM) ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A Q411) ← NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A Q411) ← NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A Q411) ← NE SAIT PAS..... 8
410D	Quel était le résultat du test du paludisme sur (NOM) ?	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 NE SAIT PAS..... 8	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 NE SAIT PAS..... 8	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 NE SAIT PAS..... 8
411	Est-ce que (NOM) souffre toujours de la fièvre ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8
412	Est-ce que (MOM) a pris, à un moment quelconque, des médicaments contre la fièvre ?	OUI..... 1 NON..... 2 (RETOURNER À 403 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435) NE SAIT PAS 8	OUI..... 1 NON..... 2 (RETOURNER À 403 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435) NE SAIT PAS 8	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 403 DE LA 1ÈRE COLONNE D'UN NOUV. QUESTION; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435) NE SAIT PAS 8
413	Quels médicaments (NOM) a-t-il pris ? D'autres médicaments? INSCRIRE 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.	ANTIPALUDIQUES (1) ACT :FALCIMON..... A AUTRES ACT..... B SP/FANSIDAR..... C CHLOROQUINE..... D AMODIAQUINE..... E QUININE..... F AUTRE ANTI- PALUDIQUE..... G AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE H ACETAMINOPHEL/ PARACETAMOL I IBUPROFEN J AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES (1) ACT :FALCIMON..... A AUTRES ACT..... B SP/FANSIDAR..... C CHLOROQUINE..... D AMODIAQUINE..... E QUININE..... F AUTRE ANTI- PALUDIQUE..... G AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE H ACETAMINOPHEL/ PARACETAMOL I IBUPROFEN J AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES (1) ACT :FALCIMON..... A AUTRES ACT..... B SP/FANSIDAR..... C CHLOROQUINE..... D AMODIAQUINE..... E QUININE..... F AUTRE ANTI- PALUDIQUE..... G AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE H ACETAMINOPHEL/ PARACETAMOL I IBUPROFEN J AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z

414	VÉRIFIER 413 : N'IMPORTE QUEL CODE A-G ENCERCLÉ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (RETOURNER À 403 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (RETOURNER À 403 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (ALLER À 403 DE LA 1ÈRE COLONNE D'UN NOUV. QUESTION ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435)
415	Aviez-vous déjà (NOM DU MÉDI CAMENT DE 413) à la maison quand (NOM) est tombé malade? POSER LA QUESTION SÉPARÉ- MENT POUR CHAQUE ANTIPA- LUDIQUE DONNÉ À 413. SI OUI, ENCERCLER LE CODE POUR CE MÉDICAMENT. SI NON POUR TOUS LES MÉDICAMENTS, ENCERCLER 'Y'.	ANTIPALUDIQUES (1) ACT :FALCIMON..... A AUTRES ACT..... B SP/FANSIDAR..... C CHLOROQUINE..... D AMODIAQUINE..... E QUININE..... F AUTRE ANTI- PALUDIQUE..... G PAS DE MÉDICAMENT À LA MAISON..... Y	ANTIPALUDIQUES (1) ACT :FALCIMON..... A AUTRES ACT..... B SP/FANSIDAR..... C CHLOROQUINE..... D AMODIAQUINE..... E QUININE..... F AUTRE ANTI- PALUDIQUE..... G PAS DE MÉDICAMENT À LA MAISON..... Y	ANTIPALUDIQUES (1) ACT :FALCIMON..... A AUTRES ACT..... B SP/FANSIDAR..... C CHLOROQUINE..... D AMODIAQUINE..... E QUININE..... F AUTRE ANTI- PALUDIQUE..... G PAS DE MÉDICAMENT À LA MAISON..... Y
416	VÉRIFIER 413: A T-ON DONNÉ DE L'ACT ('A' OU 'B') ?	CODES 'A' OU 'B' CODE 'A' ENCERCLÉ ET 'B' NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLER À 419)	CODES 'A' OU 'B' CODE 'A' ENCERCLÉ ET 'B' NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLER À 419)	CODES 'A' OU 'B' CODE 'A' ENCERCLÉ ET 'B' NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLER À 419)
417	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre des comprimés de amonate/falcimon/ arsucam ?	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8
418	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris des comprimés de amonate/falcimon/arsucam ? SI 7 JOURS OU PLUS INSCRIRE 7.	JOURS..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS..... 8	JOURS..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS..... 8	JOURS..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS..... 8
418A	Avez-vous obtenu gratuitement le médicament ('A' ou 'B'), ou bien avez-vous payé de l'argent pour l'obtenir ?	GRATUITEMENT..... 1 (ALLER À 419) ↙ A PAYÉ DE L'ARGENT... 2	GRATUITEMENT..... 1 (ALLER À 419) ↙ A PAYÉ DE L'ARGENT... 2	GRATUITEMENT..... 1 (ALLER À 419) ↙ A PAYÉ DE L'ARGENT... 2
418B	Combien d'argent avez-vous effectivement payé pour l'acquérir ? NOTER EN FRANCS CFA.	PRIX <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 9998	PRIX <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 9998	PRIX <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 9998
419	VÉRIFIER 413 A T-ON DONNÉ DU SP/FANSIDAR 'C' ?	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLER À 422)	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLER À 422)	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLER À 422)
420	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre des du SP/Fansidar ?	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8
421	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris du SP/Fansidar ? SI 7 JOURS OU PLUS INSCRIRE 7.	JOURS..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS..... 8	JOURS..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS..... 8	JOURS..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS..... 8

422	VÉRIFIER 413 A T-ON DONNÉ DE LA CHLOROQUINE 'D' ?	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 425)	CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 425)	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 425)	CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 425)
423	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la chloroquine ?	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8
424	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de la chloroquine ? SI 7 JOURS OU PLUS INSCRIRE 7.	JOURS..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS..... 8			
425	VÉRIFIER 413 A T-ON DONNÉ DE L'AMODIAQUINE 'E' ?	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 428)	CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 428)	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 428)	CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 428)
426	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de du l'amodiaquine ?	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8
427	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de l'amodiaquine ? SI 7 JOURS OU PLUS INSCRIRE 7.	JOURS..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS..... 8			
428	VÉRIFIER 413 : A T-ON DONNÉ DE LA QUININE 'F' ?	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 431)	CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 431)	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 431)	CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 431)
429	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ?	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8
430	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de la quinine ? SI 7 JOURS OU PLUS INSCRIRE 7.	JOURS..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS..... 8			
431	VÉRIFIER 413 : A T-ON DONNÉ D'AUTRES ANTIPALUDIQUES 'G' ?	CODE 'G' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 403 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435)	CODE 'G' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 403 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435)	CODE 'G' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 403 DE LA 1ÈRE COLONNE D'UN NOUV. QUESTION.; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435)	CODE 'G' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 403 DE LA 1ÈRE COLONNE D'UN NOUV. QUESTION.; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435)

432	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre d'autres antipaludiques ?	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	MÊME JOUR..... 0 JOUR SUIVANT..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE..... 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE..... 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8
433	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris d'autres antipaludiques ? SI 7 JOURS OU PLUS, INSCRIRE 7	JOURS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 8	JOURS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 8	JOURS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 8
434		RETOURNER À 403 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435	RETOURNER À 403 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435	ALLER À 403 DE LA 1ÈRE COLONNE D'UN NOUV. QUESTION.; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 435
435	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE..... <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/>		

Note: (1) : LISTE DES ACT ENREGISTRÉS SENEGAL		
Laboratoire	Nom commercial	Dénomination commune internationale
CIPLA	Falcimon (Adulte, adolescent enfant)	Artésunate + amodiaquine
Sanofi/Aventis	Arsucam (Adulte, adolescent enfant)	Artésunate + amodiaquine
	Coarsucam (Adulte, adolescent enfant)	Artésunate + amodiaquine
Mepha	Artéquin	Artésunate+Méfloquine
IPCA	Larimal FD 400 B/3 et B/6	Artésunate + amodiaquine
Dafra Pharma	Co Arinate FDC (Adulte, adolescent enfant)	Artésunate + SP
	Co Artésiane sirop fl/120ml	Artemether+luméfantrine
GVC	Lonart sirop fl/60ml	Artemether+luméfantrine
	Lonart Suppo B/6	Artemether+luméfantrine
Pfizer	Camoquin plus (Adulte, adolescent enfant)	Artésunate + amodiaquine
	Dualkin	Artésunate + amodiaquine
Novartis	Coartem	Artemether+luméfantrine
Stallion	KESUNATE	Artésunate + amodiaquine
Macleodes	Lumiter	Artemether+luméfantrine
EGR	Cofantrine B/24cp	Artemether+luméfantrine
	Cofantrine sirop 2fl/60ml	Artemether+luméfantrine
	Cofantrine suppoB/6	Artemether+luméfantrine
Beo Pharma	Artemin	Artémether
	Arimal FD	Artésunate + amodiaquine
	Duocotexcin	Dihydroartémisine+pipéraquline
	P-Alaxin	Dihydroartémisine+pipéraquline
	Coartéma	Dihydroartémisine+pipéraquline

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE/ENQUÊTEUR

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: _____