

**ENQUÊTE NATIONALE SUR LE PALUDISME (ENPS, 2008)**

**QUESTIONNAIRE MÉNAGE**

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 CONCE... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ No MÉNAGE DANS L'ECHANT.	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"/>
MÉNAGE ÉCHANTILLON (PARMI LES 30 DE LA GRAPPE) ? (OUI=1, NON=2).....	MÉNAGE ÉCHANT ?... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MÉNAGE TIRÉ POUR TESTS D'ANÉMIE ET DE PARASITÉMIE (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"/> MOIS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNÉE <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="checkbox"/>
NOM DE L'ENQUÊTRICE /ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	CODE ENQU..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	CODE RÉSULTAT..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
*CODES RÉSULTATS : 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ (PRÉCISER)				TOTAL DANS LE MÉNAGE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  TOTAL FEMMES 15-49 ANS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  N° LIGNE RÉPONDANT POUR POUR QUESTION. MÉNAGE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

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 qu'un membre de l'équipe de l'enquête.

La participation à cette enquête est volontaire ; 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 particulièrement importante pour nous.

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

Signature du répondant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

LE RÉPONDANT ACCEPTE DE RÉPONDRE..... 1      LE RÉPONDANT REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS.. 2 → FIN



**TABLEAU DE MÉNAGE**

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

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE		RÉSIDENCE		ÂGE	FEMMES DE 15-49 ANS	ACTUELLEMENT ENCEINTE ?	ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS
			(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-elle ici habituel- lement ?	(NOM) a-t-elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ?				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	
		Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?*	H F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES 1 2	ENTOURER LES NUMÉ- ROS DE LIGNE DE DE TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS	POUR TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES DEMANDER  (NOM) est-elle actuellemen enceinte ?	ENTOURER LES NUMÉ- ROS DE LIGNE DE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS	
01		<input type="text"/>	H F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	<input type="text"/>	01	OUI NON/NSP 1 2	01	
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	02	1 2	02	
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	03	1 2	03	
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	04	1 2	04	
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	05	1 2	05	
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	06	1 2	06	
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	07	1 2	07	
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	08	1 2	08	
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	09	1 2	09	
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	10	1 2	10	
11		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	11	1 2	11	
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	12	1 2	12	
13		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	13	1 2	13	
14		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	14	1 2	14	
15		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	15	1 2	15	
16		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	16	1 2	16	

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

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

06 = PÈRE OU MÈRE  
07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE  
08 = FRÈRE OU SOEUR  
09 = CO-EPOUSE  
10 = NIÈCE/NEVEL

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

N°. LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE		RÉSIDENTE		ÂGE	FEMMES DE 15-49 ANS	ACTUELLEMENT ENCEINTE ?	ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS
			(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituel- lement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ?				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	
17		<input type="checkbox"/>	H F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <input type="checkbox"/>	17	1 2	17	
18		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	18	1 2	18	
19		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	19	1 2	19	
20		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	20	1 2	20	
21		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	21	1 2	21	
22		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	22	1 2	22	
23		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	23	1 2	23	
24		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	24	1 2	24	
25		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	25	1 2	25	
26		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	26	1 2	26	
27		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	27	1 2	27	
28		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	28	1 2	28	
29		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	29	1 2	29	
30		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	30	1 2	30	
31		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	31	1 2	31	
32		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	32	1 2	32	

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE :

Juste pour être sûr(e) que j'ai une liste complète :

A) Y-a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas porté sur la liste ?

OUI  → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU

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

OUI  → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU

C) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont passé la nuit dernière ici et qui n'ont pas été listées ?

OUI  → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																											
101	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET DANS LOGEMENT.....11 DANS COUR/CONCESSION.....12 ROB. PUB./BORNE FONTAINE.....13  PUIITS A POMPE/FORAGE.....21 PUIITS CREUSE PUIITS PROTÉGÉ.....31 PUIITS NON PROTÉGÉ.....32  EAU DE SOURCE SOURCE PROTÉGÉE.....41 SOURCE NON PROTÉGÉE.....42  EAU DE PLUIE.....51 CAMION CITERNE.....61 CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/TONNEAU.....71 EAU DE SURFACE (SOURCE, FLEUVE/RIVIÈRE, MARE/LAC/ BARRAGE).....81 EAU EN BOUTEILLE.....91 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																												
102	Habituellement, quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils ?	CHASSE D'EAU / CHASSE MANUELLE CHASSE BRANCHEE A L'EGOUT.....11 CHASSE BRANCHEE A FOSSE SEPTIQUE.....12 CHASSE BRANCHEE A LATRINES.....13 CHASSE BRANCHEE A AUTRE CHOSE.....14 CHASSE BRANCHEE A ENDROIT INCONNU/PAS SUR/NSP.....15 LATRINES AMELIOREES AUTO AEREES (LAA).....21 LATRINES COUVERTES.....22 LATRINES A FOSSE/ TROU OUVERT.....23 TOILETTES A COMPOSTAGE.....31 SEAUX/TINETTES.....41 TOIL. SUSPENDUES/ LATRINES SUSPENDUES.....51 PAS DE TOILETTES OU BROUSSE.....61 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																												
103	Dans votre ménage, y a-t-il :	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th align="center">OUI</th> <th align="center">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>L'électricité ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>Une radio ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>Une télévision ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>Un téléphone portable ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>Un téléphone fixe ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>Un réfrigérateur/Congélateur ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>Un foyer amélioré ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	L'électricité ?	1	2	Une radio ?	1	2	Une télévision ?	1	2	Un téléphone portable ?	1	2	Un téléphone fixe ?	1	2	Un réfrigérateur/Congélateur ?	1	2	Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ?	1	2	Un foyer amélioré ?	1	2	
	OUI	NON																												
L'électricité ?	1	2																												
Une radio ?	1	2																												
Une télévision ?	1	2																												
Un téléphone portable ?	1	2																												
Un téléphone fixe ?	1	2																												
Un réfrigérateur/Congélateur ?	1	2																												
Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ?	1	2																												
Un foyer amélioré ?	1	2																												
104	Dans votre ménage, quel genre de combustible utilisez-vous principalement pour faire la cuisine ?	ÉLECTRICITÉ..... 1 GAZ BOUTEILLE..... 2 CHARBON DE BOIS..... 3 BOIS À BRÛLER, PAILLE..... 4 BOUSE..... 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)																												

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																																										
105	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE.....11 BOUSE.....12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE PLANCHES DE BOIS.....21 PALMES/BAMBOU.....22 MATÉRIAU MODERNE PARQUET OU BOIS POLI.....31 VINYLE OU LINO/ASPHALTE.....32 CARREAUX.....33 CIMENT.....34 MOQUETTE.....35 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																																											
106	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATERIAU NATUREL PAS DE TOIT.....11 CHAUME/FEUILLE DE PALMIER.....12 HERBE/PAILLE.....13 MATERIAU RUDIMENTAIRE NATTE.....21 PALMES/BAMBOU.....22 PLANCHES DE BOIS.....23 CARTON.....24 MATERIAU FINI METAL.....31 BOIS.....32 ZINC/FIBRE DE CIMENT.....33 TUILES.....34 CIMENT.....35 SHINGLES.....36 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																																											
107	PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS EXTÉRIEURS. ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATERIAU NATUREL PAS DE MURS.....11 CANNE/PALMES/TRONCS.....12 MOTTE DE TERRE.....13 MATERIAU RUDIMENTAIRE BAMBOU AVEC BOUE.....21 PIERRE AVEC BOUE.....22 ADOBE NON RECOUVERT.....23 CONTRE-PLAQUE.....24 CARTON.....25 BOIS DE RECUPERATION.....26 MATERIAU FINI CIMENT.....31 PIERRE AVEC CHAUX/CIMENT.....32 BRIQUES.....33 BLOCS DE CIMENT.....34 ADOBE RECOUVERT.....35 PLANCHES DE BOIS/SHINGLES.....36 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																																											
108	Parmi toutes les pièces dont dispose votre ménage, combien sont généralement utilisées par les membres de votre ménage pour dormir ?	NBRE DE PIÈCES DORMIR..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																											
109	Dans votre ménage, y a-t-il quelqu'un qui possède :	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Des bicyclettes ?</td> <td>BICYCLETTE..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Des mobylettes ou motocyclettes ?</td> <td>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE. 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Une voiture personnelle ?</td> <td>VOITURE PERSONNELLE..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Des voitures ou camions à titre commercial ?</td> <td>VOITURE/CAMION..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Des charrettes ?</td> <td>CHARRETTE..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Des charrues ?</td> <td>CHARRUE..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Des chevaux ?</td> <td>CHEVAL..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Des bœufs ?</td> <td>BŒUFS..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Des chameaux ?</td> <td>CHAMEAUX..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Des ânes ?</td> <td>ANES..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Des moutons/chèvres ?</td> <td>MOUTONS/CHEVRES..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Des pirogues/filets de pêche ?</td> <td>PIROGUES/FILETS..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Une volaille ?</td> <td>VOLAILLE..... 1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	Des bicyclettes ?	BICYCLETTE..... 1	2	Des mobylettes ou motocyclettes ?	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE. 1	2	Une voiture personnelle ?	VOITURE PERSONNELLE..... 1	2	Des voitures ou camions à titre commercial ?	VOITURE/CAMION..... 1	2	Des charrettes ?	CHARRETTE..... 1	2	Des charrues ?	CHARRUE..... 1	2	Des chevaux ?	CHEVAL..... 1	2	Des bœufs ?	BŒUFS..... 1	2	Des chameaux ?	CHAMEAUX..... 1	2	Des ânes ?	ANES..... 1	2	Des moutons/chèvres ?	MOUTONS/CHEVRES..... 1	2	Des pirogues/filets de pêche ?	PIROGUES/FILETS..... 1	2	Une volaille ?	VOLAILLE..... 1	2	
	OUI	NON																																											
Des bicyclettes ?	BICYCLETTE..... 1	2																																											
Des mobylettes ou motocyclettes ?	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE. 1	2																																											
Une voiture personnelle ?	VOITURE PERSONNELLE..... 1	2																																											
Des voitures ou camions à titre commercial ?	VOITURE/CAMION..... 1	2																																											
Des charrettes ?	CHARRETTE..... 1	2																																											
Des charrues ?	CHARRUE..... 1	2																																											
Des chevaux ?	CHEVAL..... 1	2																																											
Des bœufs ?	BŒUFS..... 1	2																																											
Des chameaux ?	CHAMEAUX..... 1	2																																											
Des ânes ?	ANES..... 1	2																																											
Des moutons/chèvres ?	MOUTONS/CHEVRES..... 1	2																																											
Des pirogues/filets de pêche ?	PIROGUES/FILETS..... 1	2																																											
Une volaille ?	VOLAILLE..... 1	2																																											

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLER À
109A	Les fenêtres des pièces à usage d'habitation sont-elles dotées de grillages pour empêcher aux moustiques d'entrer ?	OUI..... 1 NON..... 2 PAS DE FENÊTRES..... 6 NE SAIT PAS..... 8			
109B	Les portes des pièces à usage d'habitation sont-elles dotées de grillages ou rideaux pour empêcher aux moustiques d'entrer ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8			
110	Au cours des 12 derniers mois, quelqu'un est-il venu ici pour pulvériser les murs intérieurs de votre logement contre les moustiques ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8			→ 113 → 113
111	À combien de mois remonte cette pulvérisation de l'intérieur des murs de votre logement SI MOINS D'UN MOIS, ENREGISTRER, '00' MOIS.	DURÉE PULVÉRISATION..... <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98			
112	Qui a pulvérisé les murs de votre logement ?	SERVICE GOUVERNEMENTAL..... 1 COMPAGNIE PRIVÉE..... 2 MEMBRE DU MÉNAGE..... 3 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8			
112A	Depuis que les murs de votre logement ont été pulvérisés, les avez-vous retouchés, par exemple en y mettant de la chaux ou de la peinture, en y mettant un enduit ou e les lavant ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS..... 8			
113	Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI..... 1 NON..... 2			→ 114D
114	Combien de moustiquaires avez-vous dans votre ménage ? SI 96 OU PLUS, ENREGISTRER '96".	NBRE MOUSTIQUAIRES..... <input type="text"/>			
114A	Utilisez-vous les moustiquaires en dehors des chambres: par exemple dans la cour, sous les arbres ?	OUI..... 1 NON..... 2			
114B	Les membres de votre ménage dorment-ils sous une moustiquaire de façon continue toute l'année ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS..... 8			→ 115
114C	Pourquoi les membres de votre ménage ne dorment-ils pas sous une moustiquaire de façon continue toute l'année ?	PAS BEAUCOUP DE MOUSTIQUES..... 1 À CAUSE DE LA CHALEUR..... 2 N'AIME PAS..... 3 PAR OUBLI/NÉGLIGENCE..... 4 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NSP/NE SE SOUVIENT PAS..... 8			→ 115
114D	Pour quoi n'y a-t-il pas de moustiquaires qui peuvent être utilisées dans votre ménage?	FAUTE DE MOYENS..... A PAS NÉCESSAIRE..... B UTILISE AUTRE CHOSE..... C N'ONT PAS DE MOUSTIQUES..... D N'AIMENT PAS..... E NE SAIT PAS..... F AUTRE..... X (PRÉCISER)			→ 201
115	DEMANDER À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES. POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE. SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.	MOUSTIQUAIRE 1 VU..... 1 NON VU..... 2	MOUSTIQUAIRE 2 VU..... 1 NON VU..... 2	MOUSTIQUAIRE 3 VU..... 1 NON VU..... 2	
115A	OBSERVER OU DEMANDER LA FORME DE LA MOUSTIQUAIRE.	RECTANGULAIRE..... 1 CIRCUL./CONIQUE... 2 AUTRE..... 6 (PRÉCISER)	RECTANGULAIRE..... 1 CIRCUL./CONIQUE... 2 AUTRE..... 6 (PRÉCISER)	RECTANGULAIRE..... 1 CIRCUL./CONIQUE... 2 AUTRE..... 6 (PRÉCISER)	
115B	OBSERVER OU DEMANDER LA TAILLE DE LA MOUSTIQUAIRE.	1 PLACE..... 1 2 PLACES..... 2 3 PLACES..... 3 POUR BEBE..... 4	1 PLACE..... 1 2 PLACES..... 2 3 PLACES..... 3 POUR BEBE..... 4	1 PLACE..... 1 2 PLACES..... 2 3 PLACES..... 3 POUR BEBE..... 4	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLER À
116	Depuis combien de temps votre ménage possède-t-il la moustiquaire ?	MOIS..... <input type="text"/> 37 MOIS OU PLUS.....95 NSP/PAS SÛR..... 98	MOIS..... <input type="text"/> 37 MOIS OU PLUS.....95 NSP/PAS SÛR..... 98	MOIS..... <input type="text"/> 37 MOIS OU PLUS..... 95 NSP/PAS SÛR.....98
117	OBSERVER OU DEMANDER LA MARQUE DE LA MOUSTIQUAIRE (1)	MOUSTIQUAIRE MIILDA: PERMANET.....11 ← OLYSET-NET.....12 ← DAWA PLUS.....13 ← ICONLIFE.....14 ← AUTRE.....16 ← (PRECISER) (PASSER À 121) ←  AUTRE MOUST. TRAITÉE K-ONET..... 21 ← NETTO..... 22 ← SENTINELLE..... 23 ← INTERCEPTOR.. 24 ← AUTRE.....26 ← (PRECISER) (PASSER À 119) ←  AUTRE..... 31 (PRECISER) NSP/PAS SÛR..... 98	MOUSTIQUAIRE MIILDA: PERMANET.....11 ← OLYSET-NET.....12 ← DAWA PLUS.....13 ← ICONLIFE.....14 ← AUTRE.....16 ← (PRECISER) (PASSER À 121) ←  AUTRE MOUST. TRAITÉE K-ONET..... 21 ← NETTO..... 22 ← SENTINELLE..... 23 ← INTERCEPTOR.. 24 ← AUTRE.....26 ← (PRECISER) (PASSER À 119) ←  AUTRE..... 31 (PRECISER) NSP/PAS SÛR..... 98	MOUSTIQUAIRE PERMANENTE (MIILDA) PERMANET..... 11 ← OLYSET-NET..... 12 ← DAWA..... 13 ← ICONLIFE..... 14 ← AUTRE..... 16 ← (PRECISER) (PASSER À 121) ←  MOUST. PRÉTRAITÉE K-ONET..... 21 ← NETTO..... 22 ← SENTINELLE..... 23 ← INTERCEPTOR.. 24 ← AUTRE.....26 ← (PRECISER) (PASSER À 119) ←  AUTRE..... 31 (PRECISER) NSP/PAS SÛR..... 98
118	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle déjà traitée par le fabricant avec un insecticide qui tue ou éloigne les moustiques ?	OUI..... 1 NON..... 2 PAS SÛR/NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 PAS SÛR/NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 PAS SÛR/NSP..... 8
119	Depuis que vous avez cette moustiquaire, a-t-elle été trempée ou plongée dans un liquide qui tue ou éloigne les moustiques ou les insectes ?	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 121) ← PAS SÛR/NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 121) ← PAS SÛR/NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 121) ← PAS SÛR/NSP..... 8
120	Combien de temps s'est-il écoulé depuis que la moustiquaire a été trempée ou plongée pour la dernière fois dans un liquide insecticide ? SI MOINS DE 1 MOIS, ENREGISTRER '00'. SI MOINS DE 2 ANS, ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS.	MOIS..... <input type="text"/> 24 MOIS OU +.....95 PAS SÛR/NSP..... 98	MOIS..... <input type="text"/> 24 MOIS OU +.....95 PAS SÛR/NSP..... 98	MOIS..... <input type="text"/> 24 MOIS OU +..... 95 PAS SÛR/NSP..... 98
121	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 122A) ← NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 122A) ← NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 122A) ← NE SAIT PAS..... 8
122	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?  REPORTER LE NUMÉRO DE LIGNE À PARTIR DU TABLEAU DE MÉNAGE.  ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES QUI ONT DORMI SOUS CHAQUE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIÈRE.	NOM _____ No DE <input type="text"/> LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> LIGNE..... <input type="text"/>
		NOM _____ No DE <input type="text"/> LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> LIGNE..... <input type="text"/>
		NOM _____ No DE <input type="text"/> LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> LIGNE..... <input type="text"/>
		NOM _____ No DE <input type="text"/> LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> LIGNE..... <input type="text"/>
		NOM _____ No DE <input type="text"/> LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> LIGNE..... <input type="text"/>	NOM _____ No DE <input type="text"/> LIGNE..... <input type="text"/>



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
122A	Pendant combien de mois un membre de votre ménage a t-il dormi sous cette moustiquaire au cours des 12 derniers mois?	MOIS..... <input type="text"/> PAS SÛR/NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> PAS SÛR/NSP.....98
122B	Cette moustiquaire a t-elle été fabriquée en usine ou bien a t-elle été confectionnée par un tailleur ?	FAB. USINE..... 1 TAILLEUR..... 2 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NSP..... 8	FAB. USINE..... 1 TAILLEUR..... 2 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NSP..... 8
122C	VERIFIER 121:	OUI..... 1 (ALLER À 122E) ← NON/NSP..... 2	OUI..... 1 (ALLER À 122E) ← NON/NSP..... 2
122D	Pourquoi, la nuit dernière, personne n'a dormi sous cette moustiquaire ?  SI PLUSIEURS RAISONS SONT MENTIONNÉES, DEMANDER ET ENREGISTRER LA PRINCIPALE.	PAS MOUSTIQUES... 1 CHALEUR..... 2 DECHIRE..... 3 N'EST PLUS EFFICAC 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	PAS MOUSTIQUES... 1 CHALEUR..... 2 DECHIRE..... 3 N'EST PLUS EFFICAC 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8
122E	Où cette moustiquaire a t-elle été obtenue ?	STRUCTURE DE SANTI 1 PHARMACIE PRIVÉE... 2 AUTRES COMMERCE 3 OCB/ASSOCIAT..... 4 AUTRE NON-COMMER 5 POINT DIST. CAMPAGN 6 AUTRE ..... 7 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	STRUCTURE DE SANTI 1 PHARMACIE PRIVÉE... 2 AUTRES COMMERCE 3 OCB/ASSOCIAT..... 4 AUTRE NON-COMMER 5 POINT DIST. CAMPAGNE 6 AUTRE ..... 7 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8
122F	Comment cette moustiquaire a t-elle été acquise ?	ACHAT SANS COUPON 1 ACHAT AVEC COUPON 2 GRATUITEMENT..... 3 (ALLER À 122H) ← AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	ACHAT SANS COUPON 1 ACHAT AVEC COUPON 2 GRATUITEMENT..... 3 (ALLER À 122H) ← AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8
122G	Combien d'argent avez-vous effectivement payé pour acquérir la moustiquaire ? NOTER EN FRANCS CFA.	PRIX... <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 9998	PRIX... <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 9998
122H	VÉRIFIER 117 ET 119:  MILDA OU AUTRES TYPES DE MOUSTIQUAIRES.	Q117: MILDA : 1 (ALLER À 122I a-) ← Q119: CODE 1 : 2 (ALLER À 122I b-) ← Q119: CODES 2 OU 8 : 3 (ALLER À 122I a-) ←	Q117: MILDA : 1 (ALLER À 122I a-) ← Q119: CODE 1 : 2 (ALLER À 122I b-) ← Q119: CODES 2 OU 8 : 3 (ALLER À 122I a-) ←
122I	a- Cette moustiquaire a t-elle été lavée depuis que vous l'avez acquise ? b- Cette moustiquaire a t-elle été lavée depuis qu'elle a été trempée la dernière fois ?	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 123) ← PAS SÛR/NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 123) ← PAS SÛR/NSP..... 8
122J	Combien de fois cette moustiquaire a t-elle été lavée au cours des 12 derniers mois ?	N. LAVAGES.. <input type="text"/> NSP/PAS SÛR..... 98	N. LAVAGES.. <input type="text"/> NSP/PAS SÛR..... 98
122K	A combien de mois remonte le dernier lavage de la moustiquaire? SI 12 MOIS OU PLUS, ENREGISTRER "12".	NBRE MOIS... <input type="text"/> NSP/PAS SÛR..... 98	NBRE MOIS... <input type="text"/> NSP/PAS SÛR..... 98
123		RETOURNER À 115 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE: PASSER À 201	RETOURNER À 115 DANS PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE: PASSER À 201

VERIFIER LA PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE NON TIRÉ POUR TESTS D'ANEMIE ET DE PARASITÉMIE:

FIN DE L'INTERVIEW MÉNAGE.

**NOTE (1):** Vous pouvez trouver une des mentions suivantes sur les moustiquaires

**A) Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MIILDA):**

- 1) PERMANET: PERMANET, [www.permanet.com](http://www.permanet.com), [www.vestergard-frandsen.com](http://www.vestergard-frandsen.com);
- 2) OLYSETNET: OLYSET NET, Registered Trademark of Sumitomo chemical Co ltd;
- 3) DAWA PLUS: DAWA, DAWA PLUS, TANA NETTING CO LTD BY SIAMDUTCH;
- 4) ICONLIFE : iconlife, Insecticide Treated net syngenta.

**B) Autres moustiquaires imprégnées :**

- 1) K-O NET: Siamdutch, Mosquito Netting Co ltd;
- 2) Netto: Netto Extra Treated Net;
- 3) SENTINELLE : Sentinelle, Moustiquaire imprégnée;
- 4) INTERCEPTOR: BASF THE CEMICAL COMPANY LLIN.

TESTS D'ANÉMIE ET DE PARASITÉMIE CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS

201	VÉRIFIER COLONNE 10. INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS NÉS EN 2003 OU PLUS TARD À Q202. SI 7 ENFANTS OU PLUS, UTILISER DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNELS. ENREGISTRER LE RÉSULTAT FINAL POUR TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES POUR LE TEST D'ANÉMIE EN 209 ET POUR LE TEST DE PARASITÉMIE EN 211.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
202	NUMÉRO DE LIGNE À LA COLONNE 10 NOM À LA COLONNE 2	NUMÉRO DE LIGNE..... NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE..... NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE..... NOM .....
203	SI MÈRE ENQUÊTÉE, COPIER MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCE ET DEMANDER LE JOUR; SI MÈRE NON ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM)?	JOUR..... MOIS..... AN.....	JOUR..... MOIS..... AN.....	JOUR..... MOIS..... AN.....
204	VÉRIFIER 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2003 OU PLUS TARD ?	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 203 ENFANT SUIVANT OU, SI NON ALLER À 215)	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 203 ENFANT SUIVANT OU, SI NON ALLER À 215)	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 203 ENFANT SUIVANT OU, SI NON ALLER À 215)
205	VÉRIFIER 203: SI ENFANT ÂGÉ DE 0-5 MOIS, C.A.D., NÉ AU COURS DU MOIS DE L'INTERVIEW OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS..... 1 (ALLER A 203 ENFANT SUIVANT, OU SI NON, ALLER A 215) 6 MOIS OU PLUS..... 2	0-5 MOIS..... 1 (ALLER A 203 ENFANT SUIVANT, OU SI NON, ALLER A 215) 6 MOIS OU PLUS..... 2	0-5 MOIS..... 1 (ALLER A 203 ENFANT SUIVANT, OU SI NON, ALLER A 215) 6 MOIS OU PLUS..... 2
206	NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT OU ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENREGISTRER '00' SI NON LISTÉ.	NUMÉRO DE LIGNE.....	NUMÉRO DE LIGNE.....	NUMÉRO DE LIGNE.....
207	LIRE LE CONSENTEMENT POUR LE <b>L'ANEMIE</b> AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLER UN CODE ET SIGNER.	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) REFUSÉ..... 2	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) REFUSÉ..... 2	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) REFUSÉ..... 2
208	LIRE LE CONSENTEMENT POUR LE <b>PALUDISME</b> AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLER UN CODE ET SIGNER.	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) REFUSÉ..... 2	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) REFUSÉ..... 2	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) REFUSÉ..... 2
<b>EFFECTUER LES TESTS POUR CHAQUE ENFANT POUR LEQUEL LE CONSENTEMENT EST OBTENU ET CONTINUER À 209</b>				
209	ENREGISTRER LE CODE RÉSULTAT DU TEST DE <b>L'ANEMIE</b> .	TESTÉ..... 1 PAS PRÉSENT..... 2 REFUSÉ..... 3 AUTRE..... 6 (ALLER À 211)	TESTÉ..... 1 PAS PRÉSENT..... 2 REFUSÉ..... 3 AUTRE..... 6 (ALLER À 211)	TESTÉ..... 1 PAS PRÉSENT..... 2 REFUSÉ..... 3 AUTRE..... 6 (ALLER À 211)
210	ENREGISTRER LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	G/DL.....	G/DL.....	G/DL.....
211	ENREGISTRER LE CODE RÉSULTAT DU TEST DU <b>PALUDISME</b> (TDR)	TESTÉ..... 1 PAS PRÉSENT..... 2 REFUSÉ..... 3 AUTRE..... 6 (ALLER À 215)	TESTÉ..... 1 PAS PRÉSENT..... 2 REFUSÉ..... 3 AUTRE..... 6 (ALLER À 215)	TESTÉ..... 1 PAS PRÉSENT..... 2 REFUSÉ..... 3 AUTRE..... 6 (ALLER À 215)
212	RÉSULTAT DU TEST DU PALUDISME (TDR)	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (ALLER À 215) AUTRE..... 6	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (ALLER À 215) AUTRE..... 6	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (ALLER À 215) AUTRE..... 6
214	LIRE L'INFORMATION POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLER UN CODE ET SIGNER.	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) REFUSÉ..... 2 NON ÉLIGIBLE..... 3 AUTRE..... 6	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) REFUSÉ..... 2 NON ÉLIGIBLE..... 3 AUTRE..... 6	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) REFUSÉ..... 2 NON ÉLIGIBLE..... 3 AUTRE..... 6
214A	<b>ÉTIQUETTES CODES À BARRES</b> * COLLER LA 1ERE ÉTIQUETTE ICI. * COLLER UNE ÉTIQUETTE SUR CHACUNE DES 2 LAMES. * COLLER UNE SUR LE TDR. * COLLER LA 5EME SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS	COLLER LA 1ERE ÉTIQUETTE ICI	COLLER LA 1ERE ÉTIQUETTE ICI	COLLER LA 1ERE ÉTIQUETTE ICI
215		RETOURENER A 203 DANS LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU DANS LA PREMIERE COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE/S ADDITIONNELS; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLER À 201A..		

#### DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE

Dans cette enquête, nous demandons que les enfants de moins de 6 ans dans tout le pays prennent le test d'anémie. L'anémie est un problème de santé grave qui est dû souvent à une alimentation pauvre, à des infections et à des maladies chroniques.

Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.

Nous demandons que tous les enfants nés en 2003 ou après participent au test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt (ou le talon si l'enfant a moins de 6 mois). Pour prélever ces gouttes, on utilisera des instruments propres et totalement sûrs qui n'ont jamais été utilisés auparavant et qui seront jetés après chaque prélèvement.

Le sang sera testé pour le diagnostic de l'anémie et le résultat vous sera communiqué immédiatement. Le résultat sera gardé confidentiel.

Avez-vous des questions sur le test d'**anémie** ?

Vous pouvez dire oui au test ou vous pouvez dire non. C'est à vous de décider.  
Acceptez-vous que (NOM DES ENFANTS) participent au test d'**anémie** ?

#### DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR LE TEST DU PALUDISME

Dans cette enquête, nous demandons que les enfants de moins de 6 ans dans tout le pays prennent un test pour voir s'ils ont le paludisme. Le paludisme est une maladie grave causée par un parasite transmis par les piqûres des moustiques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter le paludisme.

Nous demandons que tous les enfants nés en 2003 ou après participent au test du paludisme en donnant quelques de sang d'un doigt (ou le talon si l'enfant a moins de 6 mois). Pour prélever ces gouttes, on utilisera des instruments propres et totalement sûrs qui n'ont jamais été utilisés auparavant et qui seront jetés après chaque prélèvement.

Le sang sera testé pour le diagnostic du paludisme et le résultat vous sera communiqué immédiatement. Une partie de ces gouttes de sang sera acheminée au Laboratoire pour confirmation. Le résultat sera gardé confidentiel.

Avez-vous des questions sur le test du **paludisme** ?

Vous pouvez dire oui au test ou vous pouvez dire non. C'est à vous de décider.  
Acceptez-vous que (NOM DES ENFANTS) participent au test pour le **diagnostic du paludisme** ?

#### TRAITEMENT DES ENFANTS AVEC UN TEST DE PARASITÉMIE PALUSTRE POSITIF

**SI LE TEST DE PARASITÉMIE PALUSTRE EST POSITIF:** Le test pour le diagnostic du paludisme montre que votre enfant a le paludisme. Nous pouvons vous offrir des médicaments gratuits. Ces médicaments sont appelés ACT.

ACT est très efficace et devra en quelques jours le/la débarrasser de la fièvre et d'autres symptômes.

ACT est également très sûr. Cependant, avec chaque médicament, il y a des effets secondaires, et ce médicament peut en avoir.

Les effets secondaires les plus communs sont le vertige, la fatigue, le manque d'appétit, les palpitations. ACT ne devra pas être pris par des personnes qui ont un problème de cœur grave ou un paludisme sévère (par ex. cérébral) ou des problèmes régulant les sels du corps. **DEMANDER SI L'ENFANT SOUFFRE D'UN DE CES PROBLÈMES, DONT LA MÈRE EST CONSCIENTE; SI OUI, IL NE FAUT PAS OFFRIR L'ACT. EXPLIQUER LES RISQUES DU PALUDISME, ET RÉFÉRER L'ENFANT A L'ETABLISSEMENT SANITAIRE LE PLUS PROCHE.**

Vous n'avez pas à donner le médicament à l'enfant. C'est à vous de décider. Dites-moi SVP si vous acceptez le médicament ou non?

TRAITEMENT AVEC ACT (Falcimon)			
Artésunate (comprimé dosé à 50 mg) + Amodiaquine (comprimé dosé à 153 mg base)			
Poids (en Kg) - Age approximatif	Dosage *		
	Jour 1 (en une prise)	Jour 2 (en une prise)	Jour 3 (en une prise)
Moins de 10 kgs. (moins de 1 an)	1/2 comprimé Artésunate + 1/2 comprimé Amodiaquine	1/2 comprimé Artésunate + 1/2 comprimé Amodiaquine	1/2 comprimé Artésunate + 1/2 comprimé Amodiaquine
10 - 20 kgs. (1 à 7 ans)	1 comprimé Artésunate + 1 comprimé Amodiaquine	1 comprimé Artésunate + 1 comprimé Amodiaquine	1 comprimé Artésunate + 1 comprimé Amodiaquine

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

Si [NOM DE L'ENFANT] a un des symptômes suivants, vous devez le/la prendre immédiatement à un professionnel de la santé pour recevoir des soins:

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

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
202	NUMÉRO DE LIGNE À LA COLONNE 10  NOM À LA COLONNE 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM .....
203	SI MÈRE ENQUÊTÉE, COPIER MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCE ET DEMANDER LE JOUR; SI MÈRE NON ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM)?	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> AN..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> AN..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> AN..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
204	VÉRIFIER 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2003 OU PLUS TARD ?	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 203 ENFANT SUIVANT OU, SI NON ALLER À 215) ←	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 203 ENFANT SUIVANT OU, SI NON ALLER À 215) ←	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 203 ENFANT SUIVANT OU, SI NON ALLER À 215) ←
205	VÉRIFIER 203: SI ENFANT ÂGÉ DE 0-5 MOIS, C.A.D., NÉ AU COURS DU MOIS DE L'INTERVIEW OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS..... 1 (ALLER A 203 ENFANT SUIVANT, OU SI NON, ALLER A 215) ← 6 MOIS OU PLUS..... 2	0-5 MOIS..... 1 (ALLER A 203 ENFANT SUIVANT, OU SI NON, ALLER A 215) ← 6 MOIS OU PLUS..... 2	0-5 MOIS..... 1 (ALLER A 203 ENFANT SUIVANT, OU SI NON, ALLER A 215) ← 6 MOIS OU PLUS..... 2
206	NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT OU ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENREGISTRER '00' SI NON LISTÉ.	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>
207	LIRE LE CONSENTEMENT POUR L'ANEMIE AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLER UN CODE ET SIGNER.	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) ← REFUSÉ..... 2	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) ← REFUSÉ..... 2	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) ← REFUSÉ..... 2
208	LIRE LE CONSENTEMENT POUR LE PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLER UN CODE ET SIGNER.	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) ← REFUSÉ..... 2	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) ← REFUSÉ..... 2	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) ← REFUSÉ..... 2
<b>EFFECTUER LES TESTS POUR CHAQUE ENFANT POUR LEQUEL LE CONSENTEMENT EST OBTENU ET CONTINUER À 209</b>				
209	ENREGISTRER LE CODE RÉSULTAT DU TEST DE L'ANEMIE	TESTÉ..... 1 PAS PRÉSENT..... 2 REFUSÉ..... 3 AUTRE..... 6 (ALLER À 211) ←	TESTÉ..... 1 PAS PRÉSENT..... 2 REFUSÉ..... 3 AUTRE..... 6 (ALLER À 211) ←	TESTÉ..... 1 PAS PRÉSENT..... 2 REFUSÉ..... 3 AUTRE..... 6 (ALLER À 211) ←
210	ENREGISTRER LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	G/DL..... <input type="text"/> <input type="text"/> ,	G/DL..... <input type="text"/> <input type="text"/> ,	G/DL..... <input type="text"/> <input type="text"/> ,
211	ENREGISTRER LE CODE RÉSULTAT DU TEST DU PALUDISME (TDR)	TESTÉ..... 1 PAS PRÉSENT..... 2 REFUSÉ..... 3 AUTRE..... 6 (ALLER À 215) ←	TESTÉ..... 1 PAS PRÉSENT..... 2 REFUSÉ..... 3 AUTRE..... 6 (ALLER À 215) ←	TESTÉ..... 1 PAS PRÉSENT..... 2 REFUSÉ..... 3 AUTRE..... 6 (ALLER À 215) ←
212	RÉSULTAT DU TEST DU PALUDISME (TDR)	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (ALLER À 215) ← AUTRE..... 6	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (ALLER À 215) ← AUTRE..... 6	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (ALLER À 215) ← AUTRE..... 6
214	LIRE L'INFORMATION POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLER UN CODE ET SIGNER.	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) ← REFUSÉ..... 2 NON ÉLIGIBLE..... 3 AUTRE..... 6	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) ← REFUSÉ..... 2 NON ÉLIGIBLE..... 3 AUTRE..... 6	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) ← REFUSÉ..... 2 NON ÉLIGIBLE..... 3 AUTRE..... 6
214A	ÉTIQUETTES CODES À BARRES GOÛTTE ÉPAISSE ET FROTIS MINCE * COLLER LA 1ERE ÉTIQUETTE ICI. * COLLER UNE ÉTIQUETTE SUR CHACUNE DES 2 LAMES. * COLLER UNE SUR LE TDR. * COLLER LA 5EME SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS.	COLLER LA 1ERE ÉTIQUETTE ICI	COLLER LA 1ERE ÉTIQUETTE ICI	COLLER LA 1ERE ÉTIQUETTE ICI
215		RETOURNER À 203 DANS LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU DANS LA PREMIERE COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE/S ADDITIONNELS; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLER À 201A..		

TESTS D'ANÉMIE CHEZ LES FEMMES 15-49 ANS

201A	VÉRIFIER COLONNE 8. INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS À Q202A. SI 7 FEMMES OU PLUS, UTILISER DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNELS. LE RESULTAT FINAL SERA ENREGISTRÉ POUR LES FEMMES ÉLIGIBLES POUR L'ANÉMIE À 209A			
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
202A	NUMÉRO DE LIGNE À LA COLONNE 8 NOM À LA COLONNE 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
203A	SI FEMME ENQUÊTÉE, COPIER MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE DE SON QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL. SI MOIS INCONNU, ENREGISTRER "98".	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> AN..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> AN..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> AN..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
204A	VÉRIFIER (07): FEMME ÂGÉE DE 18-49 ANS ?	OUI..... 1 (ALLER À 207A) ← NON..... 2	OUI..... 1 (ALLER À 207A) ← NON..... 2	OUI..... 1 (ALLER À 207A) ← NON..... 2
206A	NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT OU ADULTE RESPONSABLE DE LA FILLE. ENREGISTRER '00' SI NON LISTÉ.	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>
207A	LIRE LE CONSENTEMENT SUR LE TEST DE L'ANÉMIE À LA FEMME OU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLER UN CODE ET SIGNER.	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) ← REFUSÉ..... 2	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) ← REFUSÉ..... 2	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) ← REFUSÉ..... 2
<b>EFFECTUER LE TEST POUR CHAQUE FEMME POUR LAQUELLE LE CONSENTEMENT EST OBTENU ET CONTINUER A 209A</b>				
209A	ENREGISTRER LE CODE RÉSULTAT DU TEST DE <b>L'ANÉMIE</b> .	TESTÉ..... 1 PAS PRÉSENT..... 2 REFUSÉ..... 3 AUTRE..... 6 (ALLER À 211) ←	TESTÉ..... 1 PAS PRÉSENT..... 2 REFUSÉ..... 3 AUTRE..... 6 (ALLER À 211) ←	TESTÉ..... 1 PAS PRÉSENT..... 2 REFUSÉ..... 3 AUTRE..... 6 (ALLER À 211) ←
210A	ENREGISTRER LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	G/DL..... <input type="text"/> <input type="text"/> ,	G/DL..... <input type="text"/> <input type="text"/> ,	G/DL..... <input type="text"/> <input type="text"/> ,
215A	RETOURNER À 203A DANS LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU DANS LA PREMIERE COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE/S ADDITIONNELS; S'IL NY A PLUS DE FEMMES, FIN INTERVIEW.			
<p><b>DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE</b></p> <p>Dans cette enquête, nous demandons que toutes les femmes dans tout le pays prennent le test d'anémie. L'anémie est un problème de SANTÉ grave qui est dû souvent à une alimentation pauvre, à des infections et à des maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous vous demandons de participer au test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes, on utilisera des instruments propres et totalement sûrs. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour le diagnostic de l'anémie et le résultat vous sera communiqué immédiatement. Le résultat sera gardé confidentiel.</p> <p>Avez-vous des questions sur le test d'anémie ?</p> <p>Vous pouvez dire oui au test ou vous pouvez dire non. C'est à vous de décider. Est-ce que vous acceptez de participer à ce test d'anémie?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ(E) A L'ÂGE 15-17, DEMANDER D'ABORD LE CONSENTEMENT DU PARENT/PERSONNE RESPONSABLE: <b>Est-ce que vous acceptez- vous que (NOM DU JEUNE) participe à ce test d'anémie?</b></p>				

201A	VÉRIFIER COLONNE 8. INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS À Q202A. SI 7 FEMMES OU PLUS, UTILISER DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNELS. LE RESULTAT FINAL SERA ENREGISTRÉ POUR LES FEMMES ÉLIGIBLES POUR L'ANÉMIE À 209A			
		FEMME 4	FEMME 5	FEMME 6
202A	NUMÉRO DE LIGNE À LA COLONNE 8 NOM À LA COLONNE 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
203A	SI FEMME ENQUÊTÉE, COPIER MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE DE SON QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL. SI MOIS INCONNU, ENREGISTRER "98".	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> AN..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> AN..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> AN..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
204A	VÉRIFIER (07): FEMME ÂGÉE DE 18-49 ANS ?	OUI..... 1 (ALLER À 207A) ← NON..... 2	OUI..... 1 (ALLER À 207A) ← NON..... 2	OUI..... 1 (ALLER À 207A) ← NON..... 2
206A	NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT OU ADULTE RESPONSABLE DE LA FILLE. ENREGISTRER '00' SI NON LISTÉ.	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>
207A	LIRE LE CONSENTEMENT SUR LE TEST DE L'ANÉMIE À LA FEMME OU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLER UN CODE ET SIGNER.	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) ← REFUSÉ..... 2	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) ← REFUSÉ..... 2	ACCORDÉ..... 1 (SIGNER) ← REFUSÉ..... 2
<b>EFFECTUER LE TEST POUR CHAQUE FEMME POUR LAQUELLE LE CONSENTEMENT EST OBTENU ET CONTINUER A 209A</b>				
209A	ENREGISTRER LE CODE RÉSULTAT DU TEST DE <b>L'ANÉMIE</b>	TESTÉ..... 1 PAS PRÉSENT..... 2 REFUSÉ..... 3 AUTRE..... 6 (ALLER À 211) ←	TESTÉ..... 1 PAS PRÉSENT..... 2 REFUSÉ..... 3 AUTRE..... 6 (ALLER À 211) ←	TESTÉ..... 1 PAS PRÉSENT..... 2 REFUSÉ..... 3 AUTRE..... 6 (ALLER À 211) ←
210A	ENREGISTRER LE NIVEAU D'HEMOGLOBINE	G/DL..... <input type="text"/> <input type="text"/> ,	G/DL..... <input type="text"/> <input type="text"/> ,	G/DL..... <input type="text"/> <input type="text"/> ,
215A	RETOURNER À 203A DANS LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU DANS LA PREMIERE COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE/S ADDITIONNELS; S'IL N'Y A PLUS DE FEMMES FIN INTERVIEW.			
<p><b>DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE</b></p> <p>Dans cette enquête, nous demandons que toutes les femmes dans tout le pays prennent le test d'anémie. L'anémie est un problème de SANTÉ grave qui est dû souvent à une alimentation pauvre, à des infections et à des maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous vous demandons de participer au test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes, on utilisera des instruments propres et totalement sûrs. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour le diagnostic de l'anémie et le résultat vous sera communiqué immédiatement. Le résultat sera gardé confidentiel.</p> <p>Avez-vous des questions sur le test d'anémie ?</p> <p>Vous pouvez dire oui au test ou vous pouvez dire non. C'est à vous de décider. Est-ce que vous acceptez de participer à ce test d'anémie?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ(E) A L'ÂGE 15-17, DEMANDER D'ABORD LE CONSENTEMENT DU PARENT/PERSONNE RESPONSABLE: <b>Est-ce que vous acceptez- vous que (NOM DU JEUNE) participe à ce test d'anémie?</b></p>				

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: \_\_\_\_\_