

**ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME  
EIP-Togo 2017  
QUESTIONNAIRE FEMME**

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES  
ÉCONOMIQUES ET DÉMOGRAPHIQUES (INSEED)

IDENTIFICATION																				
NOM DE LA PRÉFECTURE _____																				
NOM DE LA LOCALITÉ _____																				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																				
NUMÉRO DE GRAPPE .....				<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
NUMÉRO DE LA STRUCTURE .....				<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
NUMÉRO DE MÉNAGE .....				<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																
VISITES D'ENQUÊTRICES/ENQUÊTEURS																				
	1	2	3	VISITE FINALE																
DATE	_____	_____	_____	JOUR MOIS ANNÉE No ENQUÊT																
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>7</td></tr> </table>	2	0	1	7												
2	0	1	7																	
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT* _____																
PROCHAINE DATE VISITE HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES _____																
<p>*CODES RÉSULTAT :      1 COMPLÉTÉ                      4 REFUSÉ                                  2 PAS À LA MAISON      5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ    7 AUTRE _____                                  3 DIFFÉRÉ                      6 INCAPACITÉ                      PRÉCISEZ _____</p>																				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> </table>	0	1	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2)	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>							
0	1																			
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<b>FRANÇAIS</b>																			
<p>**CODES LANGUES :</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>01 FRANÇAIS</td> <td>09 BASSAR/KONKOMBA</td> </tr> <tr> <td>02 EWE/MINA</td> <td>96 AUTRE NATIONALE</td> </tr> <tr> <td>03 KABYE</td> <td>_____ (PRÉCISEZ)</td> </tr> <tr> <td>04 KOTOKOLI/TEM</td> <td></td> </tr> <tr> <td>05 AKPOSSO/AKEBOU</td> <td></td> </tr> <tr> <td>06 IFE/ANA</td> <td>97 AUTRE ÉTRANGÈRE</td> </tr> <tr> <td>07 MOBA-GOURMA</td> <td>_____ (PRÉCISEZ)</td> </tr> <tr> <td>08 TCHOKOSSI</td> <td></td> </tr> </table>					01 FRANÇAIS	09 BASSAR/KONKOMBA	02 EWE/MINA	96 AUTRE NATIONALE	03 KABYE	_____ (PRÉCISEZ)	04 KOTOKOLI/TEM		05 AKPOSSO/AKEBOU		06 IFE/ANA	97 AUTRE ÉTRANGÈRE	07 MOBA-GOURMA	_____ (PRÉCISEZ)	08 TCHOKOSSI	
01 FRANÇAIS	09 BASSAR/KONKOMBA																			
02 EWE/MINA	96 AUTRE NATIONALE																			
03 KABYE	_____ (PRÉCISEZ)																			
04 KOTOKOLI/TEM																				
05 AKPOSSO/AKEBOU																				
06 IFE/ANA	97 AUTRE ÉTRANGÈRE																			
07 MOBA-GOURMA	_____ (PRÉCISEZ)																			
08 TCHOKOSSI																				
CHEF D'ÉQUIPE																				
_____				<table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
NOM				NUMÉRO																

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour l'INSEED. Nous effectuons une enquête sur le paludisme au Togo. Les informations que nous collectons aideront le pays à planifier les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. L'enquête prend habituellement entre 10 et 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre à nos questions car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ou vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

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

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

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

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

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



SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS L'ANNÉE ..... 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 108
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2ème cycle ou supérieur?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1er CYCLE ..... 2 SECONDAIRE 2ème CYCLE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4	
106	Quelle est [L'ANNÉE/CLASSE] la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '0'.	ANNÉE/CLASSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

\* CODES POUR Q. 106

NIVEAU	1=PRIMAIRE	2=SECONDAIRE 1er CYCLE	3=SECONDAIRE 2eme CYCLE	4=SUPÉRIEUR
CLASSE	0= maternelle/ 1ère année NON ACHEVÉE	0 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ	0 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ	0 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ
	1= 1 <sup>ère</sup> année	1 = 6 <sup>è</sup>	1 = 2 <sup>nde</sup>	1 = 1 <sup>ère</sup> année
	2= 2 <sup>e</sup> année	2 = 5 <sup>è</sup>	2 = 1 <sup>ère</sup>	2 = 2 <sup>e</sup> année
	3= 3 <sup>e</sup> année	3 = 4 <sup>è</sup>	3 = Terminale	3 = 3 <sup>e</sup> année
	4= 4 <sup>e</sup> année	4 = 3 <sup>è</sup>		4 = 4 <sup>e</sup> année ou plus
	5= 5 <sup>e</sup> année			
	6= 6 <sup>e</sup> année			

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
107	VÉRIFIEZ 105: PRIMAIRE, SECONDAIRE 1er CYCLE <input type="checkbox"/> OU SECONDAIRE 2ème CYCLE <input type="checkbox"/>	SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>	→ 109
108	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase.  MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE.  SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1 PEUT SEULEMENT LIRE UNE PARTIE DE LA PHRASE ..... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DEMANDÉE ..... 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ..... 5	
109	Quelle est votre religion?	TRADITIONNELLE/ANIMISTE ..... 01 MUSULMAN ..... 02 CATHOLIQUE ..... 03 ÉVANGÉLIQUE PRESBYTÉRIENNE ..... 04 MÉTODISTE ..... 05 ASSEMBLÉE DE DIEU ..... 06 BAPTISTE ..... 07 PENTECOTISTE ..... 08 TEMOIN DE JEHOVAH ..... 09 ADVENTISTE ..... 10 AUTRE CHRÉTIENNE ..... 11 PAS DE RELIGION ..... 12  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
110	Quelle est votre ethnie?	ADJA-EWE/MINA ..... 01 KABYE/TEM ..... 02 AKPOSSO/AKEBOU ..... 03 ANA-IFE ..... 04 PARA-GOURMA/AKAN ..... 05  AUTRE TOGOLAIS ..... 95 (PRÉCISEZ)  ÉTRANGER ..... 96 (PRÉCISEZ)	
111	Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur le paludisme.  Selon vous, comment peut-on contracter le paludisme?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MANQUE D'HYGIÈNE DANS ENVIRONNEMENT ..... A PIQÛRE DE MOUSTIQUE ..... B PAS DE PRISE DE MÉDICAMENT PRÉVENTIF ..... C EFFORT PHYSIQUE/FATIGUE ..... D EXPOSITION DIRECTE À LUMIÈRE DU SOLEIL PENDANT LE TRAVAIL ..... E EN RESTANT SOUS LA PLUIE ..... F CHANGEMENT SOUDAIN DE CLIMAT ..... G MALNUTRITION ..... H CONSOMMATION DE FRUITS ..... I MANQUE D'HYGIÈNE CORPORELLE ..... J EN BROUSSE ..... K  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	
112	Quel est, selon vous, le symptôme principal du paludisme ?	FIÈVRE ..... 01 MANQUE D'APPÉTIT ET VOMISSEMENTS ..... 02 TEMPÉRATURE ÉLEVÉE AVEC CONVULSIONS ..... 03 TEMPÉRATURE ÉLEVÉE AVEC ÉVANOUISSEMENT ..... 04 TEMPÉRATURE PERSISTANTE ..... 05 CONVULSIONS ..... 06 JAUNISSE ..... 07  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
113	<p>Quels sont les moyens efficaces pour prévenir le paludisme ?</p> <p>INSISTER : Aucun autre moyen ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE ..... A</p> <p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE ..... B</p> <p>EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE TOUTES LES NUITS PENDANT TOUTE L'ANNÉE ..... C</p> <p>EN PRENANT DES MÉDICAMENTS PRÉVENTIFS ..... D</p> <p>EN PRENANT DES COMPRIMÉS PENDANT LA GROSSESSE ..... E</p> <p>EN UTILISANT UN INSECTICIDE/ DIFFUSEURS/CRÈMES/ LOTIONS/RÉPULSIFS ..... F</p> <p>EN UTILISANT UN SERPENTIN ANTI-MOUSTIQUES ..... G</p> <p>EN ÉVITANT D'ATTRAPER FROID ..... H</p> <p>EN ÉVITANT L'EXPOSITION À LA LUMIÈRE DIRECTE DU SOLEIL ..... I</p> <p>EN NETTOYANT LES ENVIRONS ..... J</p> <p>PULVÉRISATION INTRA DOMICILIAI ..... K</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
114	<p>Au cours des six derniers mois, avez-vous entendu ou vu des messages sur le paludisme?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 201
115	<p>a) Au cours des six derniers mois, avez-vous entendu des messages sur le paludisme par un agent de santé communautaire?</p> <p>b) Au cours des six derniers mois, avez-vous entendu des messages sur le paludisme à la radio?</p> <p>c) Au cours des six derniers mois, avez-vous vu des messages sur le paludisme à la télévision?</p> <p>d) Au cours des six derniers mois, avez-vous vu des messages sur le paludisme sur une affiche ou un dépliant?</p> <p>e) Au cours des six derniers mois, avez-vous vu ou entendu des messages sur le paludisme dans le cadre d'un grand événement organisé en plein air ?</p> <p>f) Au cours des six derniers mois, avez-vous entendu des messages sur le paludisme par un chef de village/district ?</p> <p>g) Au cours des six derniers mois, avez-vous vu des messages sur le paludisme lors d'une visite dans une formation sanitaire?</p> <p>h) Au cours des six derniers mois, avez-vous vu des messages sur le paludisme par une autre source?</p>	<p>OUI NON</p> <p>a) AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIF... 1 2</p> <p>b) RADIO ..... 1 2</p> <p>c) TÉLÉVISION ..... 1 2</p> <p>d) AFFICHE/DÉPLIANT ..... 1 2</p> <p>e) ÉVÈNEMENT COMMUNAUTAIRE..... 1 2</p> <p>f) CHEF VILLAGE/DISTRICT ..... 1 2</p> <p>g) A LA FORMATION SANITAIRE ..... 1 2</p> <p>h) AILLEURS ..... 1 2</p>	
116	<p>Quel message avez-vous entendu ou vu sur le paludisme au cours des 6 derniers mois?</p> <p>INSISTER : Aucun autre message ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p><b>PRÉVENTION DU PALUDISME</b></p> <p>MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE DURABLE (MID) ..... A</p> <p>CAMPAGNE DE PULVÉRISATION INTRADOMICILIAIRE ..... B</p> <p>TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT POUR FEMMES ENCEINTES ..... C</p> <p>AUTRE _____ D (PRÉCISEZ)</p> <p><b>TRAITEMENT DU PALUDISME</b></p> <p>RECHERCHE DE SOINS PRÉCOCE EN CAS DE FIÈVRE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ..... E</p> <p>UTILISATION DE TEST DE DIAGNOSTIC RAPIDE (TDR) ..... F</p> <p>TRAITEMENT AVEC DES CTA ..... G</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	

## SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 204								
203	a) Combien de fils vivent avec vous ? b) Et combien de filles vivent avec vous ?  SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS À LA MAISON ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES À LA MAISON ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
205	a) Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? b) Et combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS AILLEURS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES AILLEURS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ?  SI NON, INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou fait un mouvement, qui a émis un son ou essayé de respirer ou qui a montré d'autres signes de vie pendant un très court moment ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 208								
207	a) Combien de garçons sont décédés ? b) Et combien de filles sont décédées ?  SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) GARÇONS DÉCÉDÉS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES DÉCÉDÉES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL NAISSANCES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  INSISTEZ ET CORRIGEZ 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	VÉRIFIEZ 208: UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> OU PLUS ↓ AUCUNE <input type="checkbox"/>		→ 225								
211	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos naissances plus récentes. Combien de ces naissances avez-vous eues en 2012-2017?  INSCRIVEZ LE TOTAL NOMBRE DE NAISSANCES EN 2012-2017.	TOTAL EN 2012-2017 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AUCUNE ..... 00			→ 225						

## SECTION 2. REPRODUCTION

<p>212 Je voudrais maintenant enregistrer les noms de toutes les naissances que vous avez eues en 2012-2017, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la naissance la plus récente.          INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES EN 2012-2017 À 213. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 5 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE.</p>								
213	214	215	216	217	218	219	220	221
<p>Quel nom a été donné à votre (dernier/ précédent) enfant ?</p> <p>INSCRI-VEZ LE NOM.</p> <p>NO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.</p>	<p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p>	<p>(NOM) est-il une naissance simple ou multiple ?</p>	<p>Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p>	<p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRI-VEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE.</p>	<p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.</p>	<p>Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?</p>
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLER À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLER À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	YES 1 NON 2 ↓ (ALLER À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

213	214	215	216	217	218	219	220	221
<p>Quel nom a été donné à votre (dernier/précédent) enfant ?</p> <p>INSCRI-VEZ LE NOM.</p> <p>N0 DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.</p>	<p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p>	<p>(NOM) est-il une naissance simple ou multiple ?</p>	<p>Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p>	<p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>218 SI EN VIE: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRI-VEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE</p>	<p>219 SI EN VIE: (NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>220 SI EN VIE: INSCRIVEZ LE N0 DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.</p>	<p>Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?</p>
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLER À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
06	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLER À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
07	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLER À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
08	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLER À 221)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

<p>213</p> <p>Quel nom a été donné à votre (dernier/précédent) enfant ?</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM.</p> <p>N0 DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.</p>	<p>214</p> <p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p>	<p>215</p> <p>(NOM) est-il une naissance simple ou multiple ?</p>	<p>216</p> <p>Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p>	<p>217</p> <p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>218</p> <p>SI EN VIE:</p> <p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE</p>	<p>219</p> <p>SI EN VIE:</p> <p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>220</p> <p>SI EN VIE:</p> <p>INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.</p>	<p>221</p> <p>Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?</p>
<p>09</p>	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP. 1</p> <p>MULT 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>↓</p> <p>(ALLER À 221)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N0 LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>OUI 1 (AJOUT . NAIS.)</p> <p>NON 2 (NAIS SUIV.)</p>
<p>10</p>	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP. 1</p> <p>MULT 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>↓</p> <p>(ALLER À 221)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N0 LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>OUI 1 (AJOUT . NAIS.)</p> <p>NON 2 (NAIS SUIV.)</p>



## SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis celle de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI ..... 1 (INSCRIVEZ LA/LES NAISS. DANS LE TABLEAU) NON ..... 2	
223	COMPAREZ 211 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS LE TABLEAU DES NAISSANCES  NOMBRES SONT ÉGAUX ↓ NOMBRES SONT DIFFÉRENTS (INSISTEZ ET CORRIGEZ) ←	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
224	VÉRIFIEZ 216: INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2012-2017	NOMBRE DE NAISSANCE! ..... <input type="text"/> AUCUNE ..... 0	
225	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛRE ..... 8	<input type="checkbox"/> → 227
226	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
227	VÉRIFIEZ 224:  UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2012 OU PLUS TARD (ALLEZ À 301) ←	AUCUNE NAISSANCES EN 2012-2017 <input type="checkbox"/> 224 N'A PAS ÉTÉ POSÉE <input type="checkbox"/>	→ 435 → 435

**SECTION 3. GROSSESSE ET TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT**

NO.	QUESTIONS AND FILTRES	CODES	ALLER À
301	NOTEZ LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE DE 213 ET 217.	<b>DERNIÈRE NAISSANCE :</b> NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉE <input type="checkbox"/>	
302	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre dernière naissance.  Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 304
303	Qui avez-vous vu ?  Quelqu'un d'autre ?  INSISTEZ POUR IDENTIFIER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	<b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... A ASSISTANT MÉD. .... B INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... C ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE ..... D  <b>AUTRE PERSONNE</b> MATRONNE ..... E ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... F AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/VILLAGE ..... G  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
304	Durant cette grossesse, avez-vous pris de la SP/Fansidar pour éviter le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 307
305	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
306	Vous a-t-on donné la SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé, durant une visite d'un agent de santé communautaire ou l'avez-vous obtenue ailleurs ?  SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE ..... 1 AUTRE VISITE DANS ÉTABLISSEMENT SANITAIRE ..... 2 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... 3 AUTRE SOURCE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
307	VÉRIFIEZ 216 ET 217:  UN ENFANT VIVANT OU PLUS NÉ EN 2012-2017 <input type="checkbox"/>  (ALLER À 401) ←	PAS D'ENFANT VIVANT NÉ EN 2012-2017 <input type="checkbox"/>	→ 435

## SECTION 4. FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS

401	<p>VÉRIFIEZ 213: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 402 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 403 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2012-2017. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE DEUX NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE(S) ADDITIONNEL(S).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de vos enfants depuis Janvier 2012. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).</p>		
402	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 213 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
403	DE 213 ET 217:	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 434) ←	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 434) ←
403A	VÉRIFIEZ LA RÉGION SUR LA COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE:	CENTRALE KARA SAVANE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 404) ←	CENTRALE KARA SAVANE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 404) ←
403B	Entre août et novembre 2016, est-ce que (NOM) a pris des médicaments chaque mois et cela pendant trois à quatre mois consécutifs pour éviter le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 (ALLEZ À 403E) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 (ALLEZ À 403E) ←
403C	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?	SULFADOXINE-PYRIMÉTHAMINE ET DE L'AMODIAQUINE (SP+AQ) .. 1 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	SULFADOXINE-PYRIMÉTHAMINE ET DE L'AMODIAQUINE (SP+AQ) .. 1 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)
403D	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle pris ces médicaments?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <b>ALLEZ À 403F</b>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <b>ALLEZ À 403F</b>
403E	Pour quelle raison principale (NOM) n'a-t-il/elle pas pris de médicaments pour éviter le paludisme?	ÉTAIT GRAVEMENT MALADE .. 01 AVAIT DÉJÀ DU PALUDISME .. 02 PRENAIT DÉJÀ UN ANTIPALUDIQUE ..... 03 ALLERGIQUE AU MEDICAMENT 04 ÉTAIT ABSENT DE LA MAISON 05 REFUS DES PARENTS/ENFANTS 06 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	ÉTAIT GRAVEMENT MALADE .. 01 AVAIT DÉJÀ DU PALUDISME .. 02 PRENAIT DÉJÀ UN ANTIPALUDIQUE ..... 03 ALLERGIQUE AU MEDICAMENT 04 ÉTAIT ABSENT DE LA MAISON 05 REFUS DES PARENTS/ENFANTS 06 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98
403F	Depuis août 2017 jusqu'aujourd'hui, est-ce que (NOM) a pris des médicaments chaque mois pour éviter le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 (ALLEZ À 404) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 (ALLEZ À 404) ←
403G	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?	SULFADOXINE-PYRIMÉTHAMINE ET DE L'AMODIAQUINE (SP+AQ) .. 1 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	SULFADOXINE-PYRIMÉTHAMINE ET DE L'AMODIAQUINE (SP+AQ) .. 1 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)
404	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 (ALLEZ À 434) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 (ALLEZ À 434) ←

405	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
406	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 411) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 411) ←
407	Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?  Quelque part ailleurs ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.    SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL DU GOUVT. .... A CMS ..... B DISPENSAIRE ..... C PMI ..... D CASE DE SANTÉ .. E SERVICE MOBILE ..... F AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC) G AUTRE SECTEUR PUBLIC  _____ H (PRÉCISEZ) <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .. I PHARMACIE ..... J CABINET MÉDICAL PRIVÉ .. K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ  _____ L (PRÉCISEZ) <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE ..... M PRATICIEN TRADITIONNEL ..... N MARCHÉ ..... O VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS ..... P  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL DU GOUVT. .... A CMS ..... B DISPENSAIRE ..... C PMI ..... D CASE DE SANTÉ .. E SERVICE MOBILE ..... F AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC) G AUTRE SECTEUR PUBLIC  _____ H (PRÉCISEZ) <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .. I PHARMACIE ..... J CABINET MÉDICAL PRIVÉ .. K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ  _____ L (PRÉCISEZ) <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE ..... M PRATICIEN TRADITIONNEL ..... N MARCHÉ ..... O VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS ..... P  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)
408	VÉRIFIEZ 407:	DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS UN ENCERCLÉS CODE ENCERCLÉ ↓ (ALLEZ À 410) ←	DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS UN ENCERCLÉS CODE ENCERCLÉ ↓ (ALLEZ À 410) ←
409	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 407.	PREMIER ENDROIT ..... <input type="checkbox"/>	PREMIER ENDROIT ..... <input type="checkbox"/>
410	Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
411	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 434) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 434) ← NE SAIT PAS ..... 8

412	<p>Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?</p> <p>Aucun autre médicament ?</p> <p>INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p><b>ANTIPALUDIQUES</b></p> <p>ARTÉMETHER-LUMÉFANTRINE (AL) .. A</p> <p>ARTÉSUNATE-AMODIAQUINE (ASAQ) .. B</p> <p>DIHYDROARTÉMISININE-PIPÉRAQUINE (DHAPC) .. C</p> <p>ARTESUNATE</p> <p>MEFLOQUINE ..... D</p> <p>SP/FANSIDAR ..... E</p> <p>CHLOROQUINE ..... F</p> <p>AMODIAQUINE ..... G</p> <p>QUININE</p> <p>COMPRIMÉS ..... H</p> <p>INJECTION/IV ..... I</p> <p>ARTESUNATE</p> <p>VOIE RECTALE ..... J</p> <p>INJECTION/IV ..... K</p> <p>AUTRE ANTIPALUDIQUE</p> <p>_____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b></p> <p>COMPRIMÉS/SIROF ..... M</p> <p>INJECTION/IV ..... N</p> <p><b>AUTRES MÉDICAMENTS</b></p> <p>ASPIRINE ..... O</p> <p>ACETAMINOPHEN ..... P</p> <p>IBUPROFEN ..... Q</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	<p><b>ANTIPALUDIQUES</b></p> <p>ARTÉMETHER-LUMÉFANTRINE (AL) .. A</p> <p>ARTÉSUNATE-AMODIAQUINE (ASAQ) .. B</p> <p>DIHYDROARTÉMISININE-PIPÉRAQUINE (DHAPC) .. C</p> <p>ARTESUNATE</p> <p>MEFLOQUINE ..... D</p> <p>SP/FANSIDAR ..... E</p> <p>CHLOROQUINE ..... F</p> <p>AMODIAQUINE ..... G</p> <p>QUININE</p> <p>COMPRIMÉS ..... H</p> <p>INJECTION/IV ..... I</p> <p>ARTESUNATE</p> <p>VOIE RECTALE ..... J</p> <p>INJECTION/IV ..... K</p> <p>AUTRE ANTIPALUDIQUE</p> <p>_____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b></p> <p>COMPRIMÉS/SIROF ..... M</p> <p>INJECTION/IV ..... N</p> <p><b>AUTRES MÉDICAMENTS</b></p> <p>ASPIRINE ..... O</p> <p>ACETAMINOPHEN ..... P</p> <p>IBUPROFEN ..... Q</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>
413	<p>VÉRIFIEZ 412: Y A-T-IL UN CODE A-L ENCERCLÉ?</p>	<p>OUI NON <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 434) ←</p>	<p>OUI NON <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 434) ←</p>
414	<p>VÉRIFIEZ 412: ARTÉMETHER-LUMÉFANTRINE ('A') DONNÉE</p>	<p>CODE 'A' ENCERCLÉ CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 416) ←</p>	<p>CODE 'A' ENCERCLÉ CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 416) ←</p>
415	<p>Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la combinaison d'Artémether et Luméfantrine (AL) ?</p>	<p>MÊME JOUR ..... 0</p> <p>JOUR SUIVANT ..... 1</p> <p>DEUX JOURS APRÈS</p> <p>FIÈVRE ..... 2</p> <p>TROIS JOURS OU PLUS APRÈS</p> <p>FIÈVRE ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>MÊME JOUR ..... 0</p> <p>JOUR SUIVANT ..... 1</p> <p>DEUX JOURS APRÈS</p> <p>FIÈVRE ..... 2</p> <p>TROIS JOURS OU PLUS APRÈS</p> <p>FIÈVRE ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
416	<p>VÉRIFIEZ 412: ARTÉSUNATE-AMODIAQUINE ('B') DONNÉE</p>	<p>CODE 'B' ENCERCLÉ CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 418) ←</p>	<p>CODE 'B' ENCERCLÉ CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 418) ←</p>
417	<p>Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la combinaison d'Artésunate et Amodiaquine (ASAQ) ?</p>	<p>MÊME JOUR ..... 0</p> <p>JOUR SUIVANT ..... 1</p> <p>DEUX JOURS APRÈS</p> <p>FIÈVRE ..... 2</p> <p>TROIS JOURS OU PLUS APRÈS</p> <p>FIÈVRE ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>MÊME JOUR ..... 0</p> <p>JOUR SUIVANT ..... 1</p> <p>DEUX JOURS APRÈS</p> <p>FIÈVRE ..... 2</p> <p>TROIS JOURS OU PLUS APRÈS</p> <p>FIÈVRE ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>

418	VÉRIFIEZ 412: DIHYDROARTÉMISININE- PIPÉRAQUINE ('C') DONNÉE	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 420) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 420) ←
419	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la combinaison d' Dihydroartémisinine et Piperaquine (DHAPQ)?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8
420	VÉRIFIEZ 412: ARTESUNATE MEFLOQUINE ('D') DONNÉE	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 422) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 422) ←
421	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la combinaison d' Artesunate et Mefloquine ?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8
422	VÉRIFIEZ 412: SP/FANSIDAR ('E') DONNÉE	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 424) ←	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 424) ←
423	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la SP/Fansidar ?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8
424	VÉRIFIEZ 412: CHLOROQUINE ('F') DONNÉE	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 426) ←	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 426) ←
425	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 OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8
426	VÉRIFIEZ 412: AMODIAQUINE ('G') DONNÉE	CODE 'G' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'G' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 428) ←	CODE 'G' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'G' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 428) ←
427	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l' amodiaquine ?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8

428	VÉRIFIEZ 412: QUININE ('H-I') DONNÉE	CODE 'H-I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'H-I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 430) ←	CODE 'H-I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'H-I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 430) ←				
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 OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8				
430	VÉRIFIEZ 412: ARTESUNATE ('J-K') DONNÉE	CODE 'J-K' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'J-K' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 432) ←	CODE 'J-K' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'J-K' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 432) ←				
431	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'artesunate?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8				
432	VÉRIFIEZ 412: AUTRE ANTIPALUDIQUE ('L') DONNÉ	CODE 'L' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'L' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 434) ←	CODE 'L' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'L' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 434) ←				
433	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (AUTRE ANTIPALUDIQUE) ?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8				
434		RETOURNEZ À 403 À LA COLONNE SUIVANTE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 435.	RETOURNEZ À 403 À LA COLONNE SUIVANTE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 435.				
435	ENRIGISTREZ L'HEURE	HEURES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE  
À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

---

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---