

ENQUÊTE NATIONALE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME DU MALI (A&P-MALI, 2010)

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME (PNLP)

REPUBLIQUE DU

INFO-STAT

MALI

IDENTIFICATION																												
NOM DE LA LOCALITÉ _____ NUMÉRO DE GRAPPE NUMÉRO DE CONCESSION NOM ET PRENOM CHEF DE MÉNAGE _____ RÉGION URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) BAMAKO, AUTRES VILLES, AUTRES COMMUNES, RURAL (BAMAKO=1, AUTRES VILLES=2, RURAL=3)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">GRAPPE</td> <td style="width: 15%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 15%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 15%;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">CONCES.</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">N° MÉNAGE</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">RÉGION</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">MILIEU</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">MILIEU (DÉTAILLÉ)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>				GRAPPE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CONCES.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N° MÉNAGE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RÉGION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MILIEU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MILIEU (DÉTAILLÉ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GRAPPE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
CONCES.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
N° MÉNAGE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
RÉGION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
MILIEU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
MILIEU (DÉTAILLÉ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
VISITES D'ENQUÊTRICES																												
	1	2	3	VISITE FINALE																								
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> NOM <input type="text"/> <input type="text"/> RÉSULTAT <input type="text"/> <input type="text"/>																								
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	RÉSULTAT																								
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT																								
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____	_____	NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/>																								
*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="text"/> <input type="text"/> TOTAL DES ENFANTS ÉLIGIBLES <input type="text"/> <input type="text"/> N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR QUESTION. MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>																								
CHEF D'ÉQUIPE NOM _____ <input type="text"/> DATE _____ <input type="text"/>			CONTRÔLE BUREAU <input type="text"/>	SAISI PAR <input type="text"/>																								

TABLEAU MÉNAGE

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		DATE DE NAISSANCE	ÂGE	ÉLIGIBILITÉ DES ENFANTS
				5	6			
1	2	3	4	5	6	7	8	11
	<p>S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.</p> <p>APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.</p> <p>POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.</p>	<p>Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?</p> <p>VOIR CODES CI-DESSOUS</p>	<p>(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?</p>	<p>(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?</p>	<p>(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?</p>	<p>En quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né ?</p> <p>INSISTEZ: Quelle est sa date de naissance?</p>	<p>Quel âge a (NOM) ?</p> <p>SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>ENCERCLEZ LE No DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS</p>
01		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	EN ANNÉES <input type="text"/>	01
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	02
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	03
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	04
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	06
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	07
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	08
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	09
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10

CODES POUR Q. 3: LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE

- | | |
|-------------------------|--|
| 01 = CHEF DE MÉNAGE | 08 = FRÈRE OU SOEUR |
| 02 = FEMME OU MARI | 09 = AUTRE PARENT |
| 03 = FILS OU FILLE | 10 = ADOPTÉ/EN GARDE/
ENFANT DE LA FEMME/MARI |
| 04 = GENDRE/BELLE-FILLE | 11 = SANS PARENTÉ |
| 05 = PETIT-FILS/FILLE | 98 = NE SAIT PAS |
| 06 = PÈRE/MÈRE | |
| 07 = BEAUX-PARENTS | |

TABLEAU MÉNAGE

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		DATE DE NAISSANCE	ÂGE	ÉLIGIBILITÉ DES ENFANTS
				5	6			
1	2	3	4	5	6	7	8	11
	<p>S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.</p> <p>APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.</p> <p>POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.</p>	<p>Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?</p> <p>VOIR CODES CI-DESSOUS</p>	<p>(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?</p>	<p>(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?</p>	<p>(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?</p>	<p>En quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né ?</p> <p>INSISTEZ: Quelle est sa date de naissance?</p>	<p>Quel âge a (NOM) ?</p> <p>SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>ENCERCLEZ LE No DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS</p>
11		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	EN ANNÉES <input type="text"/>	11
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	12
13		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	13
14		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	14
15		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	15
16		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	16
17		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	17
18		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	18
19		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	19
20		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

2A) Juste pour être sûre que j'ai une liste complète
Y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas listés?
OUI AJOUTER AU TABLEAU NON

2B) Ya t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille, tels que des domestiques, locataires ou amis qui vivent habituellement ici ?
OUI AJOUTER AU TABLEAU NON

2C) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listés?
OUI AJOUTER AU TABLEAU NON

CODES POUR Q. 3: LIEN DE PARENTE AVEC LE CHEF DE MÉNAGE

- 01 = CHEF DE MÉNAGE
- 02 = FEMME OU MARI
- 03 = FILS OU FILLE
- 04 = GENDRE/BELLE-FILLE
- 05 = PETIT-FILS/FILLE
- 06 = PÈRE/MÈRE
- 07 = BEAUX-PARENTS
- 08 = FRÈRE OU SOEUR
- 09 = AUTRE PARENT
- 10 = ADOPTÉ/EN GARDE/ENFANT DE LA FEMME/MARI
- 11 = SANS PARENTÉ
- 98 = NE SAIT PAS

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
110	Dans ce ménage, combien de pièces/places utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES A <input type="text"/> <input type="text"/> SOUS L'ARBRE B 95	
111	Dans ce ménage, utilisez-vous des lits, matelas, nattes, tapis, ou autres pour dormir? SI OUI: combien de chaque ? CITER TOUT CE QUI EST DANS LA LISTE.	NOMBRE DE LITS <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MATELAS <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE NATTES <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE TAPIS <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE: _____ <input type="text"/> <input type="text"/> (PRÉCISEZ) AUTRE: _____ <input type="text"/> <input type="text"/> (PRÉCISEZ)	
116	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours des 12 derniers mois, quelqu'un est venu dans votre logement pour pulvériser les murs intérieurs contre les moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	↘ 118
117	Qui a pulvérisé les murs du logement ?	EMPLOYÉ/PROGRAMME GOUVERNEMENT A SOCIÉTÉ PRIVÉE B ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE (ONG) C AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Y	
118	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI 1 NON 2	→ 201
119	Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il ? SI 7 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES <input type="text"/>	

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
128	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE ... 2	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE ... 2	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE ... 2
129	Cela fait combien de mois que votre ménage a la moustiquaire ? SI MOINS D'UN MOIS, ENREGISTREZ '00'.	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98
130	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LA MARQUE/TYPE DE LA MOUSTIQUAIRE SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE ET QUE VOUS NE POUVEZ PAS OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE, MONTREZ UNE PHOTO D'UNE MOUSTIQUAIRE COURANTE À L'ENQUÊTÉ.	MOUSTIQUAIRE IMPRÉ- GNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MILDA) PERMANET 11 OLYSET 12 DURANET 13 NETPROTECT 14 INTERCEPTOR .. 15 AUTRE/ NSP MARQUE 16 (PASSER À 134) ← MOUSTIQUAIRE 'PRÉ- TRAITÉE' PERMETHRINE .. 21 DELTA METHRINE. 22 CYFULTRINE 23 AUTRE/ NSP MARQUE 26 (PASSER À 132) ← AUTRE 96 NSP MARQUE 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉ- GNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MILDA) PERMANET 11 OLYSET 12 DURANET 13 NETPROTECT 14 INTERCEPTOR .. 15 AUTRE/ NSP MARQUE 16 (PASSER À 134) ← MOUSTIQUAIRE 'PRÉ- TRAITÉE' PERMETHRINE .. 21 DELTA METHRINE. 22 CYFULTRINE 23 AUTRE/ NSP MARQUE 26 (PASSER À 132) ← AUTRE 96 NSP MARQUE 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉ- GNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MILDA) PERMANET 11 OLYSET 12 DURANET 13 NETPROTECT 14 INTERCEPTOR .. 5 AUTRE/ NSP MARQUE 16 (PASSER À 134) ← MOUSTIQUAIRE 'PRÉ- TRAITÉE' PERMETHRINE .. !1 DELTA METHRINE. 22 CYFULTRINE 23 AUTRE/ NSP MARQUE 26 (PASSER À 132) ← AUTRE 96 NSP MARQUE 96
131	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle déjà traitée avec un insecticide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8
132	Depuis que vous avez cette moustiquaire, a-t-elle été trempée-ou plongée dans un liquide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 134) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 134) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 134) ← PAS SÛR 8
133	Cela fait combien de mois que la moustiquaire a été trempée ou plongée pour la dernière fois ? SI MOINS D'1 MOIS, ENREGISTREZ '00'.	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 24 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 24 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 24 MOIS 95 PAS SÛR 98

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
134	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous la moustiquaire ?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 136A) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 136A) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 136A) ← PAS SÛR 8
135	Qui a dormi sous la moustiquaire la nuit dernière ? ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA PERSONNE À PARTIR DU TABLEAU MÉNAGE.	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
136A	Où cette moustiquaire a t-elle été obtenue ?	STRUCTURE DE SANTE.. 1 PHARMACIE PRIVÉE..... 2 AUTRES COMMERCES... 3 OCB/ASSOCIAT..... 4 AUTRE NON-COMMER... 5 POINT DIST. CAMPAGNE 6 AUTRE _____ 7 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	STRUCTURE DE SANTE.. 1 PHARMACIE PRIVÉE..... 2 AUTRES COMMERCES... 3 OCB/ASSOCIAT..... 4 AUTRE NON-COMMER... 5 POINT DIST. CAMPAGNE 6 AUTRE _____ 7 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	STRUCTURE DE SANTE.. 1 PHARMACIE PRIVÉE..... 2 AUTRES COMMERCES... 3 OCB/ASSOCIAT..... 4 AUTRE NON-COMMER... 5 POINT DIST. CAMPAGNE 6 AUTRE _____ 7 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8
136B	Comment cette moustiquaire a t-elle été acquise ?	ACHAT SANS COUPON...1 ACHAT AVEC COUPON...2 GRATUITEMENT..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	ACHAT SANS COUPON.. 1 ACHAT AVEC COUPON.. 2 GRATUITEMENT..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	ACHAT SANS COUPON...1 ACHAT AVEC COUPON...2 GRATUITEMENT..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8
136		RETOURNEZ À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 151.	RETOURNEZ À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 151.	ALLEZ À 128 À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 151.

		MOUSTIQUAIRE #4	MOUSTIQUAIRE #5	MOUSTIQUAIRE #6
128	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISEZ UN/DÉS QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE ... 2	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE ... 2	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE ... 2
129	Cela fait combien de mois que votre ménage a la moustiquaire ? SI MOINS D'UN MOIS, ENREGISTREZ '00'.	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98
130	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LA MARQUE/TYPE DE LA MOUSTIQUAIRE SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE ET QUE VOUS NE POUVEZ PAS OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE, MONTREZ UNE PHOTO D'UNE MOUSTIQUAIRE COURANTE À L'ENQUÊTÉ.	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MILDA) PERMANET 11 OLYSET 12 DURANET 13 NETPROTECT 14 INTERCEPTOR .. 15 AUTRE/ NSP MARQUE 16 (PASSER À 134) ← MOUSTIQUAIRE 'PRÉ-TRAITÉE' PERMETHRINE .. 21 DELTA METHRINE. 22 CYFULTRINE 23 AUTRE/ NSP MARQUE 26 (PASSER À 132) ← AUTRE 96 NSP MARQUE 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MILDA) PERMANET 11 OLYSET 12 DURANET 13 NETPROTECT 14 INTERCEPTOR .. 15 AUTRE/ NSP MARQUE 16 (PASSER À 134) ← MOUSTIQUAIRE 'PRÉ-TRAITÉE' PERMETHRINE .. 21 DELTA METHRINE. 22 CYFULTRINE 23 AUTRE/ NSP MARQUE 26 (PASSER À 132) ← AUTRE 96 NSP MARQUE 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MILDA) PERMANET 11 OLYSET 12 DURANET 13 NETPROTECT 14 INTERCEPTOR .. 5 AUTRE/ NSP MARQUE 16 (PASSER À 134) ← MOUSTIQUAIRE 'PRÉ-TRAITÉE' PERMETHRINE .. 21 DELTA METHRINE. 22 CYFULTRINE 23 AUTRE/ NSP MARQUE 26 (PASSER À 132) ← AUTRE 96 NSP MARQUE 96
131	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle déjà traitée avec un insecticide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8
132	Depuis que vous avez cette moustiquaire, a-t-elle été trempée-ou plongée dans un liquide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 134) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 134) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 134) ← PAS SÛR 8
133	Cela fait combien de mois que la moustiquaire a été trempée ou plongée pour la dernière fois ? SI MOINS D'1 MOIS, ENREGISTREZ '00'.	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 24 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 24 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 24 MOIS 95 PAS SÛR 98

		MOUSTIQUAIRE #4	MOUSTIQUAIRE #5	MOUSTIQUAIRE #6
134	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous la moustiquaire ?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 136A) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 136A) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 136A) ← PAS SÛR 8
135	Qui a dormi sous la moustiquaire la nuit dernière ? ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA PERSONNE À PARTIR DU TABLEAU MÉNAGE.	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
136A	Où cette moustiquaire a t-elle été obtenue ?	STRUCTURE DE SANTE.. 1 PHARMACIE PRIVÉE..... 2 AUTRES COMMERCES... 3 OCB/ASSOCIAT..... 4 AUTRE NON-COMMER... 5 POINT DIST. CAMPAGNE 6 AUTRE _____ 7 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	STRUCTURE DE SANTE.. 1 PHARMACIE PRIVÉE..... 2 AUTRES COMMERCES... 3 OCB/ASSOCIAT..... 4 AUTRE NON-COMMER... 5 POINT DIST. CAMPAGNE 6 AUTRE _____ 7 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	STRUCTURE DE SANTE.. 1 PHARMACIE PRIVÉE..... 2 AUTRES COMMERCES... 3 OCB/ASSOCIAT..... 4 AUTRE NON-COMMER... 5 POINT DIST. CAMPAGNE 6 AUTRE _____ 7 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8
136B	Comment cette moustiquaire a t-elle été acquise ?	ACHAT SANS COUPON...1 ACHAT AVEC COUPON...2 GRATUITEMENT..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	ACHAT SANS COUPON.. 1 ACHAT AVEC COUPON.. 2 GRATUITEMENT..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	ACHAT SANS COUPON...1 ACHAT AVEC COUPON...2 GRATUITEMENT..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8
136		RETOURNEZ À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 151.	RETOURNEZ À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 151.	ALLEZ À 128 À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 151.

FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS 6-59 MOIS DU MÉNAGE

151	VÉRIFIEZ LA COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0- 5 ANS À Q.152. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
152	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
153	COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE À PARTIR DU TABLEAU DE MÉNAGE. DEMANDER LE JOUR SI LA MÈRE VIT DANS LE MÉNAGE. 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"/>
154	VÉRIFIEZ 153: ENFANT NÉ EN JANVIER 2005 OU PLUS TARD?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 153 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 201)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 153 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 201)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 153 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 201)
155	VÉRIFIEZ 153: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 153 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 201) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 153 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 201) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 153 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 201) PLUS ÂGÉ 2
156	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE) INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	N° LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	N° LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>
157	POUR CHAQUE ENFANT, ADRESSEZ-VOUS ET POSER LES QUESTIONS AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 156 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur la santé de (NOM).		
158	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 152 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (RETOURNER À 152 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 152 DE LA 1ÈRE COLONNE D'UN NOUV. QUESTION.; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201) NE SAIT PAS 8
159	Depuis combien de jours, la fièvre a-t-elle commencé? SI MOINS D'UN JOUR ENREGISTRER '00'	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98
160	Avez-vous cherché des conseils ou un traitement pour la fièvre d'une source quelconque?	OUI 1 NON 2 (ALLER À 165)	OUI 1 NON 2 (ALLER À 165)	OUI 1 NON 2 (ALLER À 165)

161	<p>Où avez-vous cherché des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part d'autre?</p> <p>INSISTER POUR IDENTIFIER LES</p> <p>TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODE(S) APPROPRIÉS(S).</p> <p>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.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV..... A CENTRE DE SANTÉ GOUV..... B POSTE DE SANTÉ GOUV..... C MATERNITÉ RUR.... D CASE DE SANTÉ.... E PHARM. COMM..... F STR.AV/É. MOBILE.. G AGENT SANTÉ C.... H AUTRE PUBLIC _____ I (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE CABINET..... J PHARMACIE..... K MÉDECIN PRIVÉ.... L DISPENS. RELIG.... M AGENT SANTÉ C.... N AUTRE MÉDICAL PRI. _____ O (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHÉ P GUÉRISSEUR TRA.. Q PARENT/AMI/VOISIN R</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. A CENTRE DE SANTÉ GOUV. B POSTE DE SANTÉ GOUV..... C MATERNITÉ RUR.. D CASE DE SANTÉ . E PHARM. COMM. . F STR.AV/É. MOBILÉ. G AGENT SANTÉ C. . H AUTRE PUBLIC _____ I (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE CABINET ... J PHARMACIE ... K MÉDECIN PRIV ... L DISPENS. RELIG.. M AGENT SANTÉ C. . N AUTRE MÉDICAL PRI. _____ O (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHE P GUÉRISSEUR TR/. Q PARENT/AMI/VOIS. R</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. A CENTRE DE SANTÉ GOUV. B POSTE DE SANTÉ GOUV..... C MATERNITÉ RUR. D CASE DE SANTÉ . E PHARM. COMM. . F STR.AV/É. MOBIL. G AGENT SANTÉ C. H AUTRE PUBLIC _____ I (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE CABINET ... J PHARMACIE ... K MÉDECIN PRIV... L DISPENS. RELIG.. M AGENT SANTÉ C. N AUTRE MÉDICAL PRI. _____ O (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHI P GUÉRISSEUR TR. Q PARENT/AMI/VOIS. R</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>
162	VÉRIFIER 161:	<p>2 CODES UN <input type="checkbox"/> OU SEUL <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCER- EN CERCLÉ CLÉS ↓ (ALLER À 164) ←</p>	<p>2 CODES UN <input type="checkbox"/> OU SEUL <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCER- EN CERCLÉ CLÉS ↓ (ALLER À 164) ←</p>	<p>2 CODES UN <input type="checkbox"/> OU SEUL <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCER- EN CERCLÉ CLÉS ↓ (ALLER À 164) ←</p>
163	<p>Où êtes-vous allée en premier pour chercher des conseils ou un traitement?</p> <p>UTILISER LE CODE LETTRE DE 161</p>	1 ^{er} ENDROIT <input type="checkbox"/>	1 ^{er} ENDROIT <input type="checkbox"/>	1 ^{er} ENDROIT <input type="checkbox"/>
164	<p>Combien de jours après le début de la fièvre, avez-vous commencé à chercher des conseils/traitement pour (NOM)?</p> <p>SI MÊME JOUR, INSCRIVEZ '00'.</p>	JOURS <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/>
164A	<p>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 ?</p> <p>MONTREZ LUI-LES INSTRUMENTS LES INSTRUMENTS UTILISÉS.</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À Q165) ← NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À Q165) ← NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À Q165) ← NE SAIT PAS..... 8</p>
164B	<p>Vous avait-on communiqué les résultats du test fait sur (NOM) ?</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A Q165) ← NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A Q165) ← NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A Q165) ← NE SAIT PAS..... 8</p>
164C	<p>Quel était le résultat du test du paludisme sur (NOM) ?</p>	<p>POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 NE SAIT PAS..... 8</p>
165	<p>Est-ce que (NOM) souffre toujours de la fièvre ?</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8</p>

166	Est-ce que (MOM) a pris, à un moment quelconque, des médicaments contre la fièvre ?	OUI..... 1 NON..... 2 (RETOURNER À 152 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201) NE SAIT PAS 8	OUI..... 1 NON..... 2 (RETOURNER À 152 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201) NE SAIT PAS 8	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 152 DE LA 1ÈRE COLONNE D'UN NOUV. QUESTION.; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201) NE SAIT PAS 8
167	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) COMBINAISON :AR-TEMETHER+LU-MEFANTRINE.. A CHLOROQUINE..... B AMODIAQUINE..... C QUININE..... D AUTRE ANTI-PALUDIQUE..... E AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE F ACETAMINOPHEN/PARACETAMOL G IBUPROFEN ... H AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES (1) COMBINAISON :AR-TEMETHER+LU-MEFANTRINE.. A CHLOROQUINE..... B AMODIAQUINE..... C QUININE..... D AUTRE ANTI-PALUDIQUE..... E AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE F ACETAMINOPHEN/PARACETAMOL G IBUPROFEN ... H AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES (1) COMBINAISON :AR-TEMETHER+LU-MEFANTRINE.. A CHLOROQUINE..... B AMODIAQUINE..... C QUININE..... D AUTRE ANTI-PALUDIQUE..... E AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE F ACETAMINOPHEN/PARACETAMOL G IBUPROFEN ... H AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z
168	VÉRIFIER 167 : N'IMPORTE QUEL CODE A-G ENCERCLÉ?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 152 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201)	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 152 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201)	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 152 DE LA 1ÈRE COLONNE D'UN NOUV. QUESTION.; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201)
169	Aviez-vous déjà (NOM DU MÉDICAMENT DE 167) à la maison quand (NOM) est tombé malade? POSER LA QUESTION SÉPARÉMENT POUR CHAQUE ANTIPALUDIQUE DONNÉ À 167. SI OUI, ENCERCLER LE CODE POUR CE MÉDICAMENT. SI NON POUR TOUS LES MÉDICAMENTS, ENCERCLER 'Y'.	ANTIPALUDIQUES (1) COMBINAISON :AR-TEMETHER+LU-MEFANTRINE.. A CHLOROQUINE..... B AMODIAQUINE..... C QUININE..... D AUTRE ANTI-PALUDIQUE..... E PAS DE MÉDICAMENT À LA MAISON..... Y	ANTIPALUDIQUES (1) COMBINAISON :AR-TEMETHER+LU-MEFANTRINE.. A CHLOROQUINE..... B AMODIAQUINE..... C QUININE..... D AUTRE ANTI-PALUDIQUE..... E PAS DE MÉDICAMENT À LA MAISON..... Y	ANTIPALUDIQUES (1) COMBINAISON :AR-TEMETHER+LU-MEFANTRINE.. A CHLOROQUINE..... B AMODIAQUINE..... C QUININE..... D AUTRE ANTI-PALUDIQUE..... E PAS DE MÉDICAMENT À LA MAISON..... Y
170		RETOURNER À 152 À LA COLONNE SUIV. (2è ENFANT) OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201	RETOURNER À 152 À LA COLONNE SUIV. (3è ENFANT) OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201	ALLER À 152 DE LA 1ÈRE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE.; (4è ENFANT) OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
152	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
153	COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE À PARTIR DU TABLEAU DE MÉNAGE. DEMANDER LE JOUR SI LA MÈRE VIT DANS LE MÉNAGE. 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"/>
154	VÉRIFIEZ 153: ENFANT NÉ EN JANVIER 2005 OU PLUS TARD?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 153 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 201)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 153 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 201)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 153 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 201)
155	VÉRIFIEZ 153: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 153 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 201) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 153 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 201) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 153 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 201) PLUS ÂGÉ 2
156	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE) INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	N° LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	N° LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>
157	POUR CHAQUE ENFANT, ADRESSEZ-VOUS ET POSER LES QUESTIONS AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 156 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur la santé de (NOM).		
158	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 152 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (RETOURNER À 152 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (RETOURNER À 152 DE LA 1ÈRE COLONNE D'UN NOUV. QUESTION.; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201) NE SAIT PAS 8
159	Depuis combien de jours, la fièvre a-t-elle commencé? SI MOINS D'UN JOUR ENREGISTRER '00'	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98
160	Avez-vous cherché des conseils ou un traitement pour la fièvre d'une source quelconque?	OUI 1 NON 2 (ALLER À 165)	OUI 1 NON 2 (ALLER À 165)	OUI 1 NON 2 (ALLER À 165)

161	<p>Où avez-vous cherché des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part d'autre?</p> <p>INSISTER POUR IDENTIFIER LES</p> <p>TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODE(S) APPROPRIÉS(S).</p> <p>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.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV..... A CENTRE DE SANTÉ GOUV..... B POSTE DE SANTÉ GOUV..... C MATERNITÉ RUR.... D CASE DE SANTÉ.... E PHARM. COMM..... F STR.AV/É. MOBILE.. G AGENT SANTÉ C.... H AUTRE PUBLIC _____ I (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE CABINET..... J PHARMACIE..... K MÉDECIN PRIVÉ.... L DISPENS. RELIG.... M AGENT SANTÉ C.... N AUTRE MÉDICAL PRI. _____ O (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHÉ P GUÉRISSEUR TRA.. Q PARENT/AMI/VOISIN R</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. A CENTRE DE SANTÉ GOUV. B POSTE DE SANTÉ GOUV C MATERNITÉ RUR.. D CASE DE SANTÉ . E PHARM. COMM. . F STR.AV/É. MOBILÉ. G AGENT SANTÉ C. . H AUTRE PUBLIC _____ I (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE CABINET ... J PHARMACIE ... K MÉDECIN PRIV ... L DISPENS. RELIG.. M AGENT SANTÉ C. . N AUTRE MÉDICAL PRI. _____ O (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHE P GUÉRISSEUR TR/. Q PARENT/AMI/VOIS. R</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. A CENTRE DE SANTÉ GOUV. B POSTE DE SANTÉ GOUV C MATERNITÉ RUR. D CASE DE SANTÉ . E PHARM. COMM. . F STR.AV/É. MOBIL. G AGENT SANTÉ C. H AUTRE PUBLIC _____ I (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE CABINET ... J PHARMACIE ... K MÉDECIN PRIV... L DISPENS. RELIG.. M AGENT SANTÉ C. N AUTRE MÉDICAL PRI. _____ O (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHI P GUÉRISSEUR TR. Q PARENT/AMI/VOI. R</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>
162	VÉRIFIER 161:	<p>2 CODES UN <input type="checkbox"/> OU SEUL <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCER- EN CERCLÉ CLÉS ↓ (ALLER À 164) ←</p>	<p>2 CODES UN <input type="checkbox"/> OU SEUL <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCER- EN CERCLÉ CLÉS ↓ (ALLER À 164) ←</p>	<p>2 CODES UN <input type="checkbox"/> OU SEUL <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCER- EN CERCLÉ CLÉS ↓ (ALLER À 164) ←</p>
163	<p>Où êtes-vous allée en premier pour chercher des conseils ou un traitement?</p> <p>UTILISER LE CODE LETTRE DE 161</p>	1 ^{er} ENDROIT <input type="checkbox"/>	1 ^{er} ENDROIT <input type="checkbox"/>	1 ^{er} ENDROIT <input type="checkbox"/>
164	<p>Combien de jours après le début de la fièvre, avez-vous commencé à chercher des conseils/ traitement pour (NOM)?</p> <p>SI MÊME JOUR, INSCRIVEZ '00'.</p>	JOURS <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/>
164A	<p>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 ?</p> <p>MONTREZ LUI-LES INSTRUMENTS LES INSTRUMENTS UTILISÉS.</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À Q165) ← NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À Q165) ← NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À Q165) ← NE SAIT PAS..... 8</p>
164B	<p>Vous avait-on communiqué les résultats du test fait sur (NOM) ?</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A Q165) ← NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A Q165) ← NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A Q165) ← NE SAIT PAS..... 8</p>
164C	<p>Quel était le résultat du test du paludisme sur (NOM) ?</p>	<p>POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 NE SAIT PAS..... 8</p>
165	<p>Est-ce que (NOM) souffre toujours de la fièvre ?</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8</p>

166	Est-ce que (MOM) a pris, à un moment quelconque, des médicaments contre la fièvre ?	OUI..... 1 NON..... 2 (RETOURNER À 152 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201) NE SAIT PAS 8	OUI..... 1 NON..... 2 (RETOURNER À 152 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201) NE SAIT PAS 8	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 152 DE LA 1ÈRE COLONNE D'UN NOUV. QUESTION.; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201) NE SAIT PAS 8
167	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) COMBINAISON :AR-TEMETHER+LU-MEFANTRINE.. A CHLOROQUINE..... B AMODIAQUINE..... C QUININE..... D AUTRE ANTI-PALUDIQUE..... E AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE F ACETAMINOPHEN/PARACETAMOL G IBUPROFEN ... H AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES (1) COMBINAISON :AR-TEMETHER+LU-MEFANTRINE.. A CHLOROQUINE..... B AMODIAQUINE..... C QUININE..... D AUTRE ANTI-PALUDIQUE..... E AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE F ACETAMINOPHEN/PARACETAMOL G IBUPROFEN ... H AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES (1) COMBINAISON :AR-TEMETHER+LU-MEFANTRINE.. A CHLOROQUINE..... B AMODIAQUINE..... C QUININE..... D AUTRE ANTI-PALUDIQUE..... E AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE F ACETAMINOPHEN/PARACETAMOL G IBUPROFEN ... H AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z
168	VÉRIFIER 167 : N'IMPORTE QUEL CODE A-G ENCERCLÉ?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 152 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201)	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 152 À LA COLONNE SUIV. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201)	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 152 DE LA 1ÈRE COLONNE D'UN NOUV. QUESTION.; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201)
169	Aviez-vous déjà (NOM DU MÉDICAMENT DE 167) à la maison quand (NOM) est tombé malade? POSER LA QUESTION SÉPARÉMENT POUR CHAQUE ANTIPALUDIQUE DONNÉ À 167. SI OUI, ENCERCLER LE CODE POUR CE MÉDICAMENT. SI NON POUR TOUS LES MÉDICAMENTS, ENCERCLER 'Y'.	ANTIPALUDIQUES (1) COMBINAISON :AR-TEMETHER+LU-MEFANTRINE.. A CHLOROQUINE..... B AMODIAQUINE..... C QUININE..... D AUTRE ANTI-PALUDIQUE..... E PAS DE MÉDICAMENT À LA MAISON..... Y	ANTIPALUDIQUES (1) COMBINAISON :AR-TEMETHER+LU-MEFANTRINE.. A CHLOROQUINE..... B AMODIAQUINE..... C QUININE..... D AUTRE ANTI-PALUDIQUE..... E PAS DE MÉDICAMENT À LA MAISON..... Y	ANTIPALUDIQUES (1) COMBINAISON :AR-TEMETHER+LU-MEFANTRINE.. A CHLOROQUINE..... B AMODIAQUINE..... C QUININE..... D AUTRE ANTI-PALUDIQUE..... E PAS DE MÉDICAMENT À LA MAISON..... Y
170		RETOURNER À 152 À LA COLONNE SUIV. (5è ENFANT) OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201	RETOURNER À 152 À LA COLONNE SUIV. (6è ENFANT) OU S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201	ALLER À 152 DE LA 1ÈRE COLONNE D'UN NOUV. QUESTION.; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAIS., ALLER À 201

Note: (1) : EXEMPLE LISTE DES ACT AU MALI		
Laboratoire	Nom commercial	Dénomination commune internationale
Novartis	Coartem	Artemether+luméfantrine
GVC	Lonart sirop fl/60ml	Artemether+luméfantrine
	Lonart Suppo B/6	Artemether+luméfantrine
Macleodes	Lumiter	Artemether+luméfantrine
EGR	Cofantrine B/24cp	Artemether+luméfantrine
	Cofantrine sirop 2fl/60ml	Artemether+luméfantrine
	Cofantrine suppoB/6	Artemether+luméfantrine
Dafra Pharma	Co Arinate FDC (Adulte, adolescent enfant)	Artésunate + SP
	Co Artésiane sirop fl/120ml	Artemether+luméfantrine
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
Pfizer	Camoquin plus (Adulte, adolescent enfant)	Artésunate + amodiaquine
	Dualkin	Artésunate + amodiaquine
Stallion	KESUNATE	Artésunate + amodiaquine
Beo Pharma	Artemin	Artéméther
	Arimal FD	Artésunate + amodiaquine
	Duocotexcin	Dihydroartémisine+pipéraquline
	P-Alaxin	Dihydroartémisine+pipéraquline
	Coartéma	Dihydroartémisine+pipéraquline

Calendrier de traitement du paludisme chez les enfants selon le protocole national de traitement au Mali

Artéméther-luméfantrine (AL) sera administré à ceux qui ont le paludisme détectable selon le calendrier suivant:

Âge approximatif	Dosage *
< 3 ans	1 comprimé deux fois par jour pendant 3 jours
3 à 5 ans	2 comprimés deux fois par jour pendant 3 jours

*Le premier jour, la deuxième dose est prise 8 heures après la première; les jours suivants, la dose est simplement prise "matin" et "soir".

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 6-59 MOIS DU MÉNAGE

201	VÉRIFIEZ LA COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.202. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DÉS QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 NOM DE LA COLONNE 2	N ^o <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> NOM	N ^o <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> NOM	N ^o <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> NOM
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM)?	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> AN <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> AN <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> AN <input type="text"/>
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2005 OU PLUS TARD?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 219)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 219)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 219)
205	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 219) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 219) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 219) PLUS ÂGÉ 2
206	N ^o DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE) INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N ^o <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/>	N ^o <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/>	N ^o <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/>
207	LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR LE TEST D' ANÉMIE ET DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ A 206 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p align="center">DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE ET DE PALUDISME</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques.</p> <p>Dans le cadre de cette enquête également, nous faisons une étude sur le paludisme parmi les enfants de moins de cinq ans. Comme vous le savez peut être le paludisme est un problème de santé sérieux qui résulte d'une exposition aux piqûres des moustiques.</p> <p>Les résultats de cette enquête permettront au gouvernement de développer et mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie et le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2005 ou plus tard participent au test d'anémie et de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie et pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision.</p>		
208	DEMANDER LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D' ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 206 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p align="center">DEMANDE DE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE</p> <p>Autorisez-vous (NOM(S) DE/DES ENFANT(S) à participer au test d'anémie?</p>		
209	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ POUR LA DEMANDE DE CONSENTEMENT POUR LE TEST D' ANÉMIE ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) REFUSÉE 2
210A	DEMANDER LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 206 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p align="center">DEMANDE DE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME</p> <p>Autorisez-vous (NOM(S) DE/DES ENFANT(S) à participer au test de paludisme?</p>		
210	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ POUR LA DEMANDE DE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) REFUSÉE 2
211	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU POUR L'ENFANT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS. DE MÊME PRÉPARER LES GOUTTES ÉPAISSES DE SANG SUR DEUX LAMES DE MICROSCOPE SI LE CONSENTEMENT EST OBTENU POUR LE TEST DE PALUDISME, ET CONTINUER À 212.			

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 6-59 MOIS DU MÉNAGE

212	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET SUR LA BROCHURE SUR L' ANÉMIE	G/DL . <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL . <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL . <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996
213	NOTER LE RÉSULTAT DU TDR SUR LA BROCHURE SUR LE PALUDISME	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (ALLER À 218) ← ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLER À 219) ←	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (ALLER À 218) ← ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLER À 219) ←	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (ALLER À 218) ← ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLER À 219) ←
214	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 206 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p align="center">CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME</p> <p>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. Vous n'avez pas à donner le médicament à l'enfant.</p> <p>DEMANDER SI L'ENFANT SOUFFRE D'UN DE CES PROBLÈMES, DON'T 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 PUS PROCHE.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM(S) DE/DES ENFANT(S)) à recevoir le traitement de paludisme?</p>		
215	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2
216	DEMANDER SI L'ENFANT REÇOIT ACTUELLEMENT UN TRAITEMENT CONTRE LE PALUDISME PRESCRIT PAR UN DOCTEUR OU UN AUTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ. Est-ce que l'enfant reçoit actuellement un traitement prescrit par un docteur ou autre professionnel de la santé? ENCERCLER UN CODE ET CONTINUER.	OUI, REÇOIT DÉJÀ UN TRAITEMENT MÉDICAL..... 1 (ALLER À 218) ← NON..... 2	OUI, REÇOIT DÉJÀ UN TRAITEMENT MÉDICAL..... 1 (ALLER À 218) ← NON..... 2	OUI, REÇOIT DÉJÀ UN TRAITEMENT MÉDICAL..... 1 (ALLER À 218) ← NON..... 2
217	NOTER LE RÉSULTAT DU TRAITEMENT DU PALUDISME	TRAITÉ..... 1 PAS TRAITÉ, MAIS RÉFÉRÉ 2 PAS TRAITÉ ET PAS RÉFÉ 3	TRAITÉ..... 1 PAS TRAITÉ, MAIS RÉFÉRÉ 2 PAS TRAITÉ ET PAS RÉFÉ 3	TRAITÉ..... 1 PAS TRAITÉ, MAIS RÉFÉRÉ 2 PAS TRAITÉ ET PAS RÉFÉ 3
218	ÉTIQUETTES CODES À BARRES * 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
219	RETOURNEZ À Q.203 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIERE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE. S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, FIN DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE.			

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 6-59 MOIS DU MÉNAGE

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS 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	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2005 OU PLUS TARD?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 219) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 219) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 219) ←
205	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 219) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 219) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 219) ← PLUS ÂGÉ 2
206	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE) INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
207	LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR LE TEST D' ANÉMIE ET DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ A 206 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p align="center">DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE ET DE PALUDISME</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques.</p> <p>Dans le cadre de cette enquête également, nous faisons une étude sur le paludisme parmi les enfants de moins de cinq ans. Comme vous le savez peut être le paludisme est un problème de santé sérieux qui résulte d'une exposition aux piqûres des moustiques.</p> <p>Les résultats de cette enquête permettront au gouvernement de développer et mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie et le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2005 ou plus tard participent au test d'anémie et de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie et pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision.</p>		
208	DEMANDER LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D' ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 206 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p align="center">DEMANDE DE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE</p> <p>Autorisez-vous (NOM(S) DE/DES ENFANT(S) à participer au test d'anémie?</p>		
209	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ POUR LA DEMANDE DE CONSENTEMENT POUR LE TEST D' ANÉMIE ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2
210A	DEMANDER LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 206 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p align="center">DEMANDE DE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME</p> <p>Autorisez-vous (NOM(S) DE/DES ENFANT(S) à participer au test de paludisme?</p>		
210	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ POUR LA DEMANDE DE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2
211	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU POUR L'ENFANT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS. DE MÊME PRÉPARER LES GOUTTES ÉPAISSES DE SANG SUR DEUX LAMES DE MICROSCOPE SI LE CONSENTEMENT EST OBTENU POUR LE TEST DE PALUDISME, ET CONTINUER À 212.			

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 6-59 MOIS DU MÉNAGE

212	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET SUR LA BROCHURE SUR L' ANÉMIE	G/DL . <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL . <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL . <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996
213	NOTER LE RÉSULTAT DU TDR SUR LA BROCHURE SUR LE PALUDISME	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (ALLER À 218) ← ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLER À 219) ←	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (ALLER À 218) ← ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLER À 219) ←	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (ALLER À 218) ← ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLER À 219) ←
214	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 206 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p align="center">DEMANDE DE CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME</p> <p>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. Vous n'avez pas à donner le médicament à l'enfant.</p> <p>DEMANDER SI L'ENFANT SOUFFRE D'UN DE CES PROBLÈMES, DON'T 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 PUS PROCHE.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM(S) DE/DES ENFANT(S)) à recevoir le traitement de paludisme?</p>		
215	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2
216	DEMANDER SI L'ENFANT REÇOIT ACTUELLEMENT UN TRAITEMENT CONTRE LE PALUDISME PRESCRIT PAR UN DOCTEUR OU UN AUTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ. Est-ce que l'enfant reçoit actuellement un traitement prescrit par un docteur ou autre professionnel de la santé? ENCERCLER UN CODE ET CONTINUER.	OUI, REÇOIT DÉJÀ UN TRAITEMENT MÉDICAL..... 1 (ALLER À 218) ← NON..... 2	OUI, REÇOIT DÉJÀ UN TRAITEMENT MÉDICAL..... 1 (ALLER À 218) ← NON..... 2	OUI, REÇOIT DÉJÀ UN TRAITEMENT MÉDICAL..... 1 (ALLER À 218) ← NON..... 2
217	NOTER LE RÉSULTAT DU TRAITEMENT DU PALUDISME	TRAITÉ..... 1 PAS TRAITÉ, MAIS RÉFÉRÉ 2 PAS TRAITÉ ET PAS RÉFÉ 3	TRAITÉ..... 1 PAS TRAITÉ, MAIS RÉFÉRÉ 2 PAS TRAITÉ ET PAS RÉFÉ 3	TRAITÉ..... 1 PAS TRAITÉ, MAIS RÉFÉRÉ 2 PAS TRAITÉ ET PAS RÉFÉ 3
218	ÉTIQUETTES CODES À BARRES * 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
219	RETOURNEZ À Q.203 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIERE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRES; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, FIN DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE.			

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: _____