

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME AU MALI (EIPM-2015)
QUESTIONNAIRE MÉNAGE

MALI
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INSTAT)
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME (PNLP)
INFO-STAT - ICF INTERNATIONAL

IDENTIFICATION																												
NOM DE LA LOCALITE _____				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%;">GRAPPE</td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td>CONCESSION</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MENAGE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>REGION</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MILIEU</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MILIEU DETAILLE</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	GRAPPE				CONCESSION				MENAGE				REGION				MILIEU				MILIEU DETAILLE			
GRAPPE																												
CONCESSION																												
MENAGE																												
REGION																												
MILIEU																												
MILIEU DETAILLE																												
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																												
NUMÉRO DE GRAPPE.....																												
NUMÉRO DE CONCESSION.....																												
NUMÉRO DU MÉNAGE																												
REGION ADMINISTRATIVE _____																												
MILIEU (URBAIN = 1 , RURAL = 2)																												
MILIEU DETAILLE (BAMAKO= 1, AUTRE VILLE = 2, RURAL= 3)																												
VISITES D'ENQUÊTEURS																												
	1	2	3	VISITE FINALE																								
DATE	_____	_____	_____	JOUR <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>																								
				MOIS																								
NOM DE L'ENQUÊTEUR/ ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">5</td></tr></table>	2	0	1	5																				
2	0	1	5																									
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	CODE ENQU. <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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																								
PROCHAINE DATE VISITE:	_____	_____		RÉSULTAT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																								
HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																								
<p>*CODES RÉSULTAT:</p> <p>1 REMPLI</p> <p>2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT À LA MAISON AU MOMENT DE LA VISITE</p> <p>3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE</p> <p>4 DIFFÉRÉ</p> <p>5 REFUSÉ</p> <p>6 LOGEMENT VACANT OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE</p> <p>7 LOGEMENT DÉTRUIT</p> <p>8 LOGEMENT NON TROUVÉ</p> <p>9 AUTRE _____</p> <p align="center">(PRÉCISER)</p>				<p>TOTAL DANS LE MÉNAGE <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></p> <p>TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <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></p> <p>N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR QUESTIONNAIRE MÉNAGE <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></p>																								

CHEF D' EQUIPE	CONTROLE AU BUREAU EFFECTUÉ	EDITION				
NOM _____ <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>			NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>	

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle _____. Je travaille pour le PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME (PNLP), L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INSTAT) ET INFO-STAT. Nous effectuons une enquête nationale sur le paludisme dans tout le pays. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage. Les questions prennent habituellement entre 5 et 10 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autres que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête, mais nous espérons que vous accepterez d'y participer 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 ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter les personnes figurant sur cette carte.

DONNEZ LA CARTE AVEC LES INFORMATIONS POUR CONTACTER CES PERSONNES

Avez-vous des questions à me poser ?

Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE

L'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE : _____ DATE: _____

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE DE RÉPONDR 1 L'ENQUÊTÉ REFUSE DE RÉPONDR 2 → FIN



TABLEAU MÉNAGE

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	FEMME DE 15-49 ans	ENFANT DE 0-5 ans
				ÉTAT MATRIMONIAL	ÉLIGIBILITÉ				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	11
	<p>S'il vous plait, 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 5-11 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>Quel âge a (NOM) ?</p> <p>SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?</p> <p>1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN</p>	<p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS</p>	<p>ENCERCLEZ LE N° 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	EN ANNÉES <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	01	01
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	02	02
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	03	03
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	04	04
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	05	05
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	06	06
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	07	07
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	08	08
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	09	09
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	10	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/ |
| 04 = GENDRE/BELLE-FILLE | 11 = ENFANT DE LA FEMME/MARI |
| 05 = PETIT-FILS/FILLE | 12 = CO-EPOUSE |
| 06 = PÈRE/MÈRE | 13 = SANS PARENTE |
| 07 = BEAUX-PARENTS | 98 = NE SAIT PAS |

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	FEMME DE 15- 49 ans	ENFANT DE 0- 5 ans
				ÉTAT MATRIMONIAL	ÉLIGIBILITÉ				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	11
11		<input type="checkbox"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	11
12		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	12
13		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	13
14		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	14
15		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	15
16		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	16
17		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	17
18		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	18
19		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	19
20		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	20

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

2A) Juste pour être sûr 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 AVEC LE CHEF DE MÉNAGE

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 01 = CHEF DE MÉNAGE | 10 = ADOPTÉ/EN GARDE |
| 02 = FEMME OU MARI | 11 = ENFANTS DE LA FEMME/MARI |
| 03 = FILS OU FILLE | |
| 04 = GENDRE/BELLE-FILLE | |
| 05 = PETIT-FILS/FILLE | 12 = CO-EPOUSE |
| 06 = PÈRE/MÈRE | |
| 07 = BEAUX-PARENTS | |
| 08 = FRÈRE OU SOEUR | 13 = SANS PARENTÉ |
| 09 = AUTRE PARENT | 98 = NE SAIT PAS |

109	Combien de ménages utilisent ces toilettes ?	NOMBRE DE MÉNAGES SI MOINS DE 10 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> 10 MÉNAGES OU PLUS 95 NE SAIT PAS 98	0																																									
0																																												
110	Dans ce ménage, avez-vous : (4) L'électricité ? Un poste radio ? Une télévision ? Un téléphone portable ? Un téléphone fixe ? Un réfrigérateur ? Table ? Chaise ? Armoire/Bibliothèque ? Cuisinière/Rechaud ? Congélateur ? Fusil de chasse ? Charrue ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ÉLECTRICITÉ</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>RADIO</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>TÉLÉVISION</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>TELEPHONE PORTABLE ...</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>TÉLÉPHONE FIXE</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>REFRIGÉRATEUR</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>TABLE</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>CHAISE</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>ARMOIRE/BIBLIOTHEQUE ..</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>CUISINIERE/RECHAUD</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>CONGELATEUR</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>FUSIL DE CHASSE</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>CHARRUE</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ÉLECTRICITÉ	1	2	RADIO	1	2	TÉLÉVISION	1	2	TELEPHONE PORTABLE ...	1	2	TÉLÉPHONE FIXE	1	2	REFRIGÉRATEUR	1	2	TABLE	1	2	CHAISE	1	2	ARMOIRE/BIBLIOTHEQUE ..	1	2	CUISINIERE/RECHAUD	1	2	CONGELATEUR	1	2	FUSIL DE CHASSE	1	2	CHARRUE	1	2
	OUI	NON																																										
ÉLECTRICITÉ	1	2																																										
RADIO	1	2																																										
TÉLÉVISION	1	2																																										
TELEPHONE PORTABLE ...	1	2																																										
TÉLÉPHONE FIXE	1	2																																										
REFRIGÉRATEUR	1	2																																										
TABLE	1	2																																										
CHAISE	1	2																																										
ARMOIRE/BIBLIOTHEQUE ..	1	2																																										
CUISINIERE/RECHAUD	1	2																																										
CONGELATEUR	1	2																																										
FUSIL DE CHASSE	1	2																																										
CHARRUE	1	2																																										
111	Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour cuisiner ?	ÉLECTRICITÉ	01																																									
		GAZ/PETROLE	02																																									
		CHARBON DE BOIS	07																																									
		BOIS	08																																									
		PAS DE REPAS PRÉPARÉ DANS LE MÉNAGE	95																																									
		AUTRE _____	96																																									
		(PRÉCISEZ)																																										
114	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE	11																																									
		BOUSE/GRAVIER	12																																									
		CARRELAGE	33																																									
		CIMENT	34																																									
		AUTRE _____	96																																									
		(PRÉCISEZ)																																										
115	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL CHAUME/PALMES/FEUILLES	12																																									
		MATÉRIAU ÉLABORÉ TÔLE	31																																									
		AUTRE _____	96																																									
		(PRÉCISEZ)																																										
116	PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS EXTÉRIEURS ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL BAMBOU/CANE/PALME/TRONC	12																																									
		TERRE	13																																									
		MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BAMBOU/BOIS AVEC BOUE	21																																									
		PIERRES AVEC BOUE	22																																									
		ADOBE NON RECOUVERT	23																																									
		MATÉRIAU ÉLABORÉ CIMENT	31																																									
		PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT	32																																									
		BRIQUES	33																																									
		BLOCS DE CIMENT	34																																									
		ADOBE RECOUVERT	35																																									
		PLANCHE EN BOIS	36																																									
		AUTRE _____	96																																									
		(PRÉCISEZ)																																										

117	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES <input type="text"/> <input type="text"/> SOUS L'ARBRE/A L'AIR LIBRE 95																									
118	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Une pirogue?</td> <td>PIROGUE</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>Une montre ?</td> <td>MONTRE</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>Une bicyclette ?</td> <td>BICYCLETTE</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>Une motocyclette ou un scooter ?</td> <td>MOTOCYCLETTE/SCOOTER</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>Une charrette tirée par un animal ?</td> <td>CHARRETTE AVEC ANIMAL</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>Une voiture ou une camionnette ?</td> <td>VOITURE/CAMIONNETTE</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>Un bateau à moteur ?</td> <td>BATEAU À MOTEUR</td> <td>1 2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	Une pirogue?	PIROGUE	1 2	Une montre ?	MONTRE	1 2	Une bicyclette ?	BICYCLETTE	1 2	Une motocyclette ou un scooter ?	MOTOCYCLETTE/SCOOTER	1 2	Une charrette tirée par un animal ?	CHARRETTE AVEC ANIMAL	1 2	Une voiture ou une camionnette ?	VOITURE/CAMIONNETTE	1 2	Un bateau à moteur ?	BATEAU À MOTEUR	1 2	
	OUI	NON																									
Une pirogue?	PIROGUE	1 2																									
Une montre ?	MONTRE	1 2																									
Une bicyclette ?	BICYCLETTE	1 2																									
Une motocyclette ou un scooter ?	MOTOCYCLETTE/SCOOTER	1 2																									
Une charrette tirée par un animal ?	CHARRETTE AVEC ANIMAL	1 2																									
Une voiture ou une camionnette ?	VOITURE/CAMIONNETTE	1 2																									
Un bateau à moteur ?	BATEAU À MOTEUR	1 2																									
119	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?	OUI 1 NON 2	→ 121																								
120	Combien d'hectares de terres cultivables les membres du ménage possèdent-ils ? SI 95 OU PLUS, ENCERCLEZ '950'.	NOMBRE D'HECTARES <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 95 HECTARES OU PLUS 950 NE SAIT PAS 998																									
121	Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?	OUI 1 NON 2	→ 123																								
122	Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède t-il ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'. SI NE SAIT PAS, INSCRIVEZ '98'. Vaches laitières ou taureaux ? Chevaux, ânes ou mules ? Chèvres ? Porcs ? Moutons ? Volaille (Poulets/Canards,etc) ?	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>VACHES/TAUREAUX</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CHEVAUX/ÂNES/MULES</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CHÈVRES</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PORCS</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MOUTONS</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>POULETS/CANARDS</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	VACHES/TAUREAUX	<input type="text"/> <input type="text"/>	CHEVAUX/ÂNES/MULES	<input type="text"/> <input type="text"/>	CHÈVRES	<input type="text"/> <input type="text"/>	PORCS	<input type="text"/> <input type="text"/>	MOUTONS	<input type="text"/> <input type="text"/>	POULETS/CANARDS	<input type="text"/> <input type="text"/>													
VACHES/TAUREAUX	<input type="text"/> <input type="text"/>																										
CHEVAUX/ÂNES/MULES	<input type="text"/> <input type="text"/>																										
CHÈVRES	<input type="text"/> <input type="text"/>																										
PORCS	<input type="text"/> <input type="text"/>																										
MOUTONS	<input type="text"/> <input type="text"/>																										
POULETS/CANARDS	<input type="text"/> <input type="text"/>																										
123	Est-ce qu'un membre de votre ménage a un compte en banque ?	OUI 1 NON 2																									
124	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	→ 126																								
125	Qui a pulvérisé les murs du logement ? INSISTEZ: qui d'autres ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE	EMPLOYÉ/PROGRAMME GOUVERNEMENT A SOCIÉTÉ PRIVÉE B ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE (ONG) C AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z																									
125A	Les moustiques ont ils diminué dans votre logement depuis qu'il a été pulvérisé?	OUI 1 NON 2																									
126	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI 1 NON 2	→ 137																								
127	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/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 (MIILDA) OLYSET 11 PERMANET 12 INTERCEPTOR 13 SERENA 14 AUTRE/ NSP MARQUE 16 (PASSER À 131A) ← MOUSTIQUAIRE 'PRÉ-TRAITÉE' TOUTE MARQUE 21 NSP MARQUE 26 (PASSER À 131A) ← AUTRE MARQUE ... 96 NSP MARQUE 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MIILDA) OLYSET 11 PERMANET 12 INTERCEPTOR 13 SERENA 14 AUTRE/ NSP MARQUE 16 (PASSER À 131A) ← MOUSTIQUAIRE 'PRÉ-TRAITÉE' TOUTE MARQUE 21 NSP MARQUE 26 (PASSER À 131A) ← AUTRE MARQUE 96 NSP MARQUE 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MIILDA) OLYSET 11 PERMANET 12 INTERCEPTOR 13 SERENA 14 AUTRE/ NSP MARQUE 16 (PASSER À 131A) ← MOUSTIQUAIRE 'PRÉ-TRAITÉE' TOUTE MARQUE 21 NSP MARQUE 26 (PASSER À 131A) ← AUTRE MARQUE ... 96 NSP MARQUE 98
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
131A	Quelle est la forme de cette moustiquaire?	CONIQUE 1 RECTANGULAIRE ... 2	CONIQUE 1 RECTANGULAIRE ... 2	CONIQUE 1 RECTANGULAIRE ... 2
131B	Où avez-vous obtenu cette moustiquaire?	CAMPAGNE DE DISTRIBUTION 1 CONSULTATION PRENATALE 2 VACCINATION ENFANT 3 MARCHE 4 PHARMACIE 5 AUTRES 6 _____	CAMPAGNE DE DISTRIBUTION 1 CONSULTATION PRENATALE 2 VACCINATION ENFANT 3 MARCHE 4 PHARMACIE 5 AUTRES 6 _____	CAMPAGNE DE DISTRIBUTION 1 CONSULTATION PRENATALE 2 VACCINATION ENFANT 3 MARCHE 4 PHARMACIE 5 AUTRES 6 _____
131C	Est-ce que la moustiquaire est accrochée?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 136) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 136) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 136) ←
131D	Qui l'a accroché?	MEMBRE DU MENAGE 1 AGENT RACCROCHEUR 2 VOISIN 3 NSP 8	MEMBRE DU MENAGE 1 AGENT RACCROCHEUR 2 VOISIN 3 NSP 8	MEMBRE DU MENAGE 1 AGENT RACCROCHEUR 2 VOISIN 3 NSP 8
134	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous la moustiquaire ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 136) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 136) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 136) ← PAS SÛR 8

135	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?	NOM _____	NOM _____	NOM _____
135A	ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA PERSONNE À PARTIR DU TABLEAU MÉNAGE.	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>
135AA	A quel moment (NOM) est allé dormir sous la moustiquaire la nuit dernière ? ENCERCLER LA CATÉGORIE DE RÉPONSE CORRESPONDANT À LA RÉPONSE DONNÉE PAR L'ENQUÊTÉE.	AVANT REPAS DU SOIR/ AVANT 20H:30.. 1 APRES REPAS DU SOIR/APRES JOURNAL/APRES PRIERE SAFO: 20H:30 À 23H. 2 23H À 1H DU MATIN ... 3 APRES 1H DU MATIN.. 4 NE SAIT PAS 8	AVANT REPAS DU SOIR/ AVANT 20H:30.. 1 APRES REPAS DU SOIR/APRES JOURNAL/APRES PRIERE SAFO: 20H:30 À 23H. 2 23H À 1H DU MATIN ... 3 APRES 1H DU MATIN.. 4 NE SAIT PAS 8	AVANT REPAS DU SOIR/ AVANT 20H:30.. 1 APRES REPAS DU SOIR/APRES JOURNAL/APRES PRIERE SAFO: 20H:30 À 23H. 2 23H À 1H DU MATIN ... 3 APRES 1H DU MATIN.. 4 NE SAIT PAS 8
135B	Qui d'autre a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?	NOM _____	NOM _____	NOM _____
135BB	N° DE LIGNE A quel moment (NOM) est allé dormir sous la moustiquaire la nuit dernière ? ENCERCLER LA CATÉGORIE DE RÉPONSE CORRESPONDANT À LA RÉPONSE DONNÉE PAR L'ENQUÊTÉE.	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>
135B	N° DE LIGNE A quel moment (NOM) est allé dormir sous la moustiquaire la nuit dernière ? ENCERCLER LA CATÉGORIE DE RÉPONSE CORRESPONDANT À LA RÉPONSE DONNÉE PAR L'ENQUÊTÉE.	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>
135C	Qui d'autre a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?	NOM _____	NOM _____	NOM _____
135CC	N° DE LIGNE A quel moment (NOM) est allé dormir sous la moustiquaire la nuit dernière ? ENCERCLER LA CATÉGORIE DE RÉPONSE CORRESPONDANT À LA RÉPONSE DONNÉE PAR L'ENQUÊTÉE.	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>
135C	N° DE LIGNE A quel moment (NOM) est allé dormir sous la moustiquaire la nuit dernière ? ENCERCLER LA CATÉGORIE DE RÉPONSE CORRESPONDANT À LA RÉPONSE DONNÉE PAR L'ENQUÊTÉE.	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>
135D	Qui d'autre a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?	NOM _____	NOM _____	NOM _____
135DD	N° DE LIGNE A quel moment (NOM) est allé dormir sous la moustiquaire la nuit dernière ? ENCERCLER LA CATÉGORIE DE RÉPONSE CORRESPONDANT À LA RÉPONSE DONNÉE PAR L'ENQUÊTÉE.	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>
135D	N° DE LIGNE A quel moment (NOM) est allé dormir sous la moustiquaire la nuit dernière ? ENCERCLER LA CATÉGORIE DE RÉPONSE CORRESPONDANT À LA RÉPONSE DONNÉE PAR L'ENQUÊTÉE.	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>
136		RETOURNEZ À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 137.	RETOURNEZ À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 137.	ALLEZ À 128 À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 137.

137

Avant la dernière campagne de distribution de 2015, votre ménage a-t-il reçu des moustiquaires imprégnées au cours d'autres campagnes de distribution ?

OUI 1
NON 2

→ 144

138	Combien de ces moustiquaires reçues au cours de campagnes, votre ménage possédait-il avant la dernière campagne de 2015?	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98			
	Parmi ces moustiquaires, en avez-vous reçues certaines au cours:	138A	138B Combien de moustiquaires avez-vous reçues à cette campagne?	138C Parmi ces moustiquaires reçues de cette campagne: A) combien avez-vous utilisées en tout, y compris ce que vous utilisez actuellement? B) combien vous utilisez actuellement?	
1	...de la campagne de l'année dernière 2014?	OUI ... 1 → NON ... 2 ↓	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2	...de la campagne de 2013?	OUI ... 1 → NON ... 2 ↓	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3	...de la campagne de 2012?	OUI ... 1 → NON ... 2 ↓	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4	...de la campagne de 2011?	OUI ... 1 → NON ... 2 ↓	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
5	...des campagnes avant 2011?	OUI ... 1 → NON ... 2 ↓	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
139A	NOMBRE TOTAL DE MOUSTIQUAIRES OBTENUES VERIFIEZ COLONNE 138B ADITIONNER TOUTES LES MOUSTIQUAIRES ENREGISTRÉES À COLONNE 138B ET ENREGISTRER LE NOMBRE TOTAL DANS CETTE CASE SI Q138 DIFFÉRENT DU NOMBRE TOTAL À Q139A, VÉRIFIER AVEC L'ENQUÊTÉE POUR CORRIGER OÙ IL Y'A ERREUR, SOIT À COLONNE Q138B OU SOIT À Q138. SI "NE SAIT PAS", CODE '98' ÉTAIT À ENREGISTRÉ À Q138, RETOURNER À Q138 POUR ENREGISTRER LE NOMBRE TOTAL OBTENU À Q139A.		NOMBRE TOTAL DE MOUSTIQUAIRES OBTENUES <input type="text"/> <input type="text"/>		
139B	NOMBRE TOTAL DE MOUSTIQUAIRES DÉJÀ UTILISÉES VERIFIEZ COLONNE 138CA ADITIONNER TOUTES LES MOUSTIQUAIRES ENREGISTRÉES À COLONNE 138CA ET ENREGISTRER LE NOMBRE TOTAL DANS CETTE CASE		NOMBRE TOTAL DE MOUSTIQUAIRES DÉJÀ UTILISÉES <input type="text"/> <input type="text"/>		
139C	NOMBRE TOTAL DE MOUSTIQUAIRES ACTUELLEMENT UTILISÉES VERIFIEZ COLONNE 138CB ADITIONNER TOUTES LES MOUSTIQUAIRES ENREGISTRÉES À COLONNE 138CB ET ENREGISTRER LE NOMBRE TOTAL DANS CETTE CASE		NOMBRE TOTAL DE MOUSTIQUAIRES ACTUELLEMENT UTILISÉES <input type="text"/> <input type="text"/>		

139	VÉRIFIEZ 139A UNE SEULE MOUSTIQUAIRE (Q139A = 1)	PLUSIEURS MOUSTIQUAIRES (Q139A EST ÉGALE À 2 OU PLUS)	<input type="checkbox"/>	→ 142
140	VÉRIFIEZ 139B 1' NON ENREGISTRÉ À Q139B	UNE SEULE MOUSTIQUAIRE UTILISÉE (Q139B = 1)	<input type="checkbox"/>	→ 144
141	Pourquoi votre ménage n'a pas utilisé cette moustiquaire? INSISTEZ: autres raisons? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE	MOUSTIQUAIRE PAS EFFICACE A CERTAINS MEMBRES DU MENAGE N'AIME PAS LES MOUSTIQUAIRES B TAILLE NON SATISFAISANTE C FORME NON SATISFAISANTE D MAUVAISE ODEUR E CAUSE DES IRRITATIONS/TOUX F REND MALADE G DONNE DES NAUSÉES H PRODUIT CHIMIQUE DANGEREUX I PEUT SUFFOQUER/DIFFICULTÉS RESPIRER J CHALEUR K MOUSTIQUAIRE SE SALIT VITE L UTILISAIT DÉJÀ D'AUTRES MOUSTIQUAIRES M PAS DE RAISON N AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z		→ 144
142	VERIFIEZ 139A ET 139B VÉRIFIER SI TOUTES LES MOUSTIQUAIRES ENREGISTRÉES À 139A ONT ÉTÉ UTILISÉES À 139B	OUI TOUTES (Q139A = Q139B) 1 OUI CERTAINES (Q139A SUPÉRIEUR À Q139B) 2 NON AUCUNE (Q139B = 0) 3		→ 144
143	VERIFIEZ 142 <input type="checkbox"/> REPONSE 2 OUI CERTAINES Pourquoi vous n'avez pas utilisé certaines de ces moustiquaires? <input type="checkbox"/> REPONSE 3 NON AUCUNE Pourquoi vous n'avez pas utilisé ces moustiquaires?	MOUSTIQUAIRE PAS EFFICACE A CERTAINS MEMBRES DU MENAGE N'AIME PAS LES MOUSTIQUAIRES B TAILLE NON SATISFAISANTE C FORME NON SATISFAISANTE D MAUVAISE ODEUR E CAUSE DES IRRITATIONS/TOUX F REND MALADE G DONNE DES NAUSÉES H PRODUIT CHIMIQUE DANGEREUX I PEUT SUFFOQUER/DIFFICULTÉS RESPIRER J CHALEUR K MOUSTIQUAIRE SE SALIT VITE L UTILISAIT DÉJÀ D'AUTRES MOUSTIQUAIRES M PAS DE RAISON N AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z		
144	Votre ménage a-t-il bénéficié de moustiquaires imprégnées pendant la campagne de distribution des moustiquaires de 2015?	OUI 1 NON 2		→ 146
145	Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il reçues?	NBRE <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 98		
146	Quelqu'un a-t-il visité votre ménage après la campagne pour vous parler de moustiquaires ?	OUI 1 NON 2		→ 201
147	Ce visiteur vous a-t-il :		OUI NON NSP	
	1 Montré comment suspendre la moustiquaire ?	1 COMMENT SUSPENDRE LA MILDA	1 2 8	
	2 Expliqué l'importance de dormir chaque nuit sous une MILDA ?	2 IMPORTANCE DE DORMIR SOUS UNE MILDA	1 2 8	

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS

201	VÉRIFIEZ LA COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS À Q.202 EN ORDRE SELON LE NUMÉRO DE LIGNE. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).	AU MOINS 1 ENFANT DE 0 - 5 ANS <input type="checkbox"/> AUCUN ENF. 0-5 ANS <input type="checkbox"/> → FIN		
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE <input type="text"/> NOM	N° LIGNE <input type="text"/> NOM	N° LIGNE <input type="text"/> NOM
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE DE L'ENFANT 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 MOIS ANNÉE <input type="text"/>	JOUR MOIS ANNÉE <input type="text"/>	JOUR MOIS ANNÉE <input type="text"/>
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2010 OU PLUS TARD ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)
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, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) 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"/>	N° LIGNE <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/>
207	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 206 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des enfants dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2010 ou plus tard participent au test d'anémie 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 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 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 l'enquête.</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 DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
208	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
209	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 206 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2010 ou plus tard participent au test 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 sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. (Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie).</p> <p>Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</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 DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme ?</p>		
210	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6
211	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			
212	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME.	<div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ^{eme} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 ^{eme} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ^{eme} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 ^{eme} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ^{eme} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 ^{eme} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
213	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996
214	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 216) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 216) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 216) ←
215	ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM (FP) 1 POSITIF ESPECES (OMV/PAN) 2 POSITIF FP/(OMV/PAN) 3 (PASSEZ À 218) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM (FP) 1 POSITIF ESPECES (OMV/PAN) 2 POSITIF FP/(OMV/PAN) 3 (PASSEZ À 218) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM (FP) 1 POSITIF ESPECES (OMV/PAN) 2 POSITIF FP/(OMV/PAN) 3 (PASSEZ À 218) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
216	VÉRIFIEZ 213: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 228) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 228) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 228) ←
217	DÉCLARATION DE REFERENCE <u>POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u>	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement. PASSEZ À 228		
218	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes Faiblesse extrême? Problèmes cardiaques? Perte de conscience? Respiration rapide ou difficulté de respirer? Convulsions? Saignements anormaux? Jaunisse/peau jaune ? Urine foncée? SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENCERCLEZ CODE Y.	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y
219	VÉRIFIEZ 218: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 221) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 221) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 221) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2
220	VÉRIFIEZ 213: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 222) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 222) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 222) ←
221	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la ACT donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 221B) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 221B) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 221B) ←
221A	DÉCLARATION DE CONSEILS ET DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE L'ACT.	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) présente ces symptômes que vous venez de citer et vous venez de dire aussi qu'il/elle a déjà reçu de l'ACT pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une ACT supplémentaire. Si votre enfant a de la fièvre ou continue de présenter les symptômes pendant 2 jours après la dernière dose de ACT, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis. PASSEZ À 227		

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____	
221B	<u>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u>	<p>Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé.</p> <p>PASSEZ À 227</p>			
222	<p>Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la ACT donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ?</p> <p>VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (PASSEZ À 224) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (PASSEZ À 224) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (PASSEZ À 224) ←</p>	
223	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE L'ACT.</u>	<p>Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de l'ACT pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une ACT supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de ACT, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis.</p> <p>PASSEZ À 227</p>			
224	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	<p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé ACT.L'ACT est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.</p>			
225	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	<p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 _____ (SIGNATURE) ←</p> <p>REFUS 2</p> <p>AUTRE 6 (PASSEZ À 227) ←</p>	<p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 _____ (SIGNATURE) ←</p> <p>REFUS 2</p> <p>AUTRE 6 (PASSEZ À 227) ←</p>	<p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 _____ (SIGNATURE) ←</p> <p>REFUS 2</p> <p>AUTRE 6 (PASSEZ À 227) ←</p>	
226	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<p>Enfants de moins de 3 ans</p> <p>Comprimé d'Artéméther-luméfantrine (AL) (Plaquette à Bande Rose)</p>	<p>Jour 1 (1 comprimé deux fois par jour)</p>	<p>Jour 2 (1 comprimé deux fois par jour)</p>	<p>Jour 3 (1 comprimé deux fois par jour)</p>
		<p>Enfants de 3-5 ans</p> <p>Comprimé d'Artéméther-luméfantrine (AL) (Plaquette à Bande Violette)</p>	<p>Jour 1 (2 comprimés deux fois par jour)</p>	<p>Jour 2 (2 comprimés deux fois par jour)</p>	<p>Jour 3 (2 comprimés deux fois par jour)</p>
		<p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>			

227	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU <u>TRAITEMENT POUR LE</u> <u>PALUDISME OU DE LA</u> <u>FICHE DE REFERENCE.</u>	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE L'ACT 4 AUTRE 6	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE L'ACT 4 AUTRE 6	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE L'ACT 4 AUTRE 6
228	RETOURNEZ À 202 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA 1ERE COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S); S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW.			

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> NOM _____
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE DE L'ENFANT 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"/> ANNÉE <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2010 OU PLUS TARD ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)
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, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) 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"/>	N° LIGNE <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/>
207	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 206 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des enfants dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2010 ou plus tard participent au test d'anémie 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 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 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 l'enquête.</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 DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
208	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
209	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 206 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2010 ou plus tard participent au test 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 sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. (Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie).</p> <p>Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</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 DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme ?</p>		
210	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6
211	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			
212	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME.	<div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ^{eme} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 ^{eme} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ^{eme} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 ^{eme} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ^{eme} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 ^{eme} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
213	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	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
214	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 216) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 216) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 216) ←
215	ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM (FP) 1 POSITIF ESPECES (OMV/PAN) 2 POSITIF FP/(OMV/PAN) 3 (PASSEZ À 218) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM (FP) 1 POSITIF ESPECES (OMV/PAN) 2 POSITIF FP/(OMV/PAN) 3 (PASSEZ À 218) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM (FP) 1 POSITIF ESPECES (OMV/PAN) 2 POSITIF FP/(OMV/PAN) 3 (PASSEZ À 218) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
216	VÉRIFIEZ 213: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 228) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 228) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 228) ←
217	DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement. PASSEZ À 228		
218	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes Faiblesse extrême? Problèmes cardiaques? Perte de conscience? Respiration rapide ou difficulté de respirer? Convulsions? Saignements anormaux? Jaunisse/peau jaune ? Urine foncée? SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENCERCLEZ CODE Y.	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y
219	VÉRIFIEZ 218: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 221) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 221) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 221) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2
220	VÉRIFIEZ 213: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 222) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 222) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 222) ←
221	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la ACT donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 221B) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 221B) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 221B) ←
221A	DÉCLARATION DE CONSEILS ET DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE L'ACT.	Et Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) présente ces symptômes que vous venez de citer et vous venez de dire aussi qu'il/elle a déjà reçu de l'ACT pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une ACT supplémentaire. Si votre enfant a de la fièvre ou continue de présenter les symptômes pendant 2 jours après la dernière dose de ACT, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis. PASSEZ À 227		

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6	
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____	
221B	<u>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u>	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé. PASSEZ À 227			
222	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la ACT donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 224) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 224) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 224) ←	
223	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE L'ACT.</u>	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de l'ACT pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une ACT supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de ACT, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis. PASSEZ À 227			
224	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé ACT.L'ACT est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.			
225	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 227) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 227) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 227) ←	
226	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	Enfants de moins de 3 ans Comprimé d'Artéméther-luméfantrine (AL) (Plaquette à Bande Rose)	Jour 1 (1 comprimé deux fois par jour)	Jour 2 (1 comprimé deux fois par jour)	Jour 3 (1 comprimé deux fois par jour)
		Enfants de 3-5 ans Comprimé d'Artéméther-luméfantrine (AL) (Plaquette à Bande Violette)	Jour 1 (2 comprimés deux fois par jour)	Jour 2 (2 comprimés deux fois par jour)	Jour 3 (2 comprimés deux fois par jour)
		DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT : Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.			

227	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE REFERENCE.	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE L'ACT 4 AUTRE 6	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE L'ACT 4 AUTRE 6	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE L'ACT 4 AUTRE 6
228	RETOURNEZ À 202 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA 1ERE COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S); S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW.			

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

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 : _____

OBSERVATION DU SUPERVISEUR

NOM DU SUPERVISEUR : _____ DATE : _____