

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDSG-III 2019-21)
QUESTIONNAIRE HOMME

RÉPUBLIQUE GABONAISE
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES
ET DES SOLIDARITÉS NATIONALES

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA STATISTIQUE
(DGS)

IDENTIFICATION				
NOM DE LA PROVINCE _____				
NOM DE LA LOCALITÉ _____				
MILIEU (URBAIN = 1, RURAL = 2)				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
NUMÉRO DE GRAPPE				
NUMÉRO DU MÉNAGE				
RÉSIDENCE (LIBREVILLE = 1, PORT-GENTIL = 2, AUTRE VILLE = 3, RURAL = 4)				
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE L'HOMME _____				
VISITES D'ENQUÊTEURS				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR MOIS ANNÉE No ENQUÊT
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	2 0
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT*
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES
HEURE	_____	_____		
*CODES RÉSULTAT : 1 COMPLÉTÉ 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ 7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ (PRÉCISEZ)				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	0 1	LANGUE DE L'INTERVIEW**		LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ**
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	FRANÇAIS	**CODES LANGUES :		
		01 FRANÇAIS	04 SHIRA-PUNU	07 AUTRE GABON
		02 FANG	05 MBEDE-TEKE	96 AUTRE
		03 NZEBI-DUMA	06 MYENE	
CHEF D'ÉQUIPE/ÉDITRICE/ÉDITEUR TERRAIN				

NOM				NUMÉRO

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle _____ . Je travaille avec la Direction Générale de la Statistique. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets au Gabon. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement environ 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre à nos questions car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

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

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

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR _____ DATE _____

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE
 D'ÊTRE INTERVIEWÉ .. 1

L'ENQUÊTÉ REFUSE
 D'ÊTRE INTERVIEWÉ .. 2 → FIN

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue dans cette localité ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> TOUJOURS 95 VISITEUR 96	<input type="checkbox"/> → 105
103	Juste avant d'habiter ici, est-ce que vous viviez dans une ville, une petite ville ou en zone rurale ?	VILLE 1 PETITE VILLE 2 ZONE RURALE 3	
104	Juste avant d'habiter ici, dans quelle province est-ce que vous viviez?	LIBREVILLE 01 PORT-GENTIL 02 ESTUAIRE (SANS LIBREVILLE) 03 HAUT-OGOOUE 04 MOYEN-OGOOUE 05 NGOUNIE 06 NYANGA 07 OGOOUE MARITIME (SANS PORT-GENTIL) 08 OGOOUE-IVINDO 09 OGOOUE-LOLO 10 WOLEU-N'TEM 11 EN DEHORS DU GABON 96	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous né ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS L'ANNÉE 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
106A	VÉRIFIEZ 106: 35-64 ANS <input type="checkbox"/> 15-34 ANS <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> → 107

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
106B	<p>Au cours de l'interview, je voudrais mesurer votre tension artérielle. Je le ferai trois fois au cours de l'interview. C'est une procédure qui ne comporte aucun danger. On l'effectue pour savoir si une personne a une tension artérielle élevée. Si elle n'est pas traitée, une tension élevée peut endommager sérieusement le coeur.</p> <p>Je vous donnerai les résultats de la mesure de la tension artérielle après l'interview en vous expliquant ce que signifient les chiffres de votre tension artérielle. Si votre tension artérielle est élevée, nous vous conseillerons de consulter dans un établissement de santé ou de voir un médecin car nous ne pouvons pas effectuer d'autre contrôle ou fournir un traitement au cours de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser sur les mesures de la tension artérielle ?</p> <p>Vous pouvez dire oui ou non ou vous pouvez aussi décider à n'importe quel moment de ne pas participer à la prise des mesures de la tension artérielle .</p> <p>Est-ce que vous m'autoriser maintenant à prendre les mesures de votre tension artérielle ?</p>	<p>OUI, L'ENQUÊTÉ ACCEPTE 1</p> <p>NON, L'ENQUÊTÉ N'ACCEPTE PAS 2</p>	→ 107												
	<p>_____</p> <p>SIGNATURE ENQUÊTEUR DATE</p>														
106C	<p>Avant de commencer à mesurer votre tension artérielle, je voudrais vous poser quelques questions sur des choses qui peuvent affecter ces mesures.</p> <p>Avez-vous fait l'une des choses suivantes dans les 30 dernières minutes :</p> <p>a) Mangé quelque chose ?</p> <p>b) Consommé du café, du thé, de la cola, du kobolo ou bu une autre boisson contenant de la caféine ?</p> <p>c) Fumé du tabac sous n'importe quelle forme ?</p> <p>d) Effectué une activité physique ou des exercices physiques de manière intensive ?</p>	<p>OUI NON</p> <p>a) MANGER 1 2</p> <p>b) CAFEINE 1 2</p> <p>c) FUMER 1 2</p> <p>d) PHYSIQUE 1 2</p>													
106D	<p>Est-ce que je peux commencer à mesurer votre tension artérielle ?</p> <p>REGARDEZ LE BRAS DE L'ENQUÊTÉ ET PRENEZ LE BRASSARD APPROPRIÉ POUR PRENDRE LA TENSION</p>														
106E	<p>PRENEZ LA PRESSION ARTÉRIELLE.</p> <p>ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS MESURER LA PRESSION DE L'ENQUÊTÉ, ENREGISTREZ LA RAISON.</p>	<p>SYSTOLIQUE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>DIASTOLIQUE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>REFUSÉ 994</p> <p>PROBLÈMES TECHNIQUES 995</p> <p>AUTRE 996</p>													
107	Êtes-vous allé à l'école ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 111												
108	<p>Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1er cycle/collège enseignement technique, secondaire 2ème cycle/lycée enseignement technique ou supérieur ?</p>	<p>PRIMAIRE 1</p> <p>SECONDAIRE 1er CYCLE/ COLLEGE ENSEIGN./TECHNIQUE 2</p> <p>SECONDAIRE 2eme CYCLE/ LYCÉE ENSEIGN./TECHNIQUE 3</p> <p>SUPÉRIEUR 4</p>													

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
109	Quelle est [L'ANNÉE/CLASSE] la plus élevée que vous avez atteint à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[ANNÉE/CLASSE] <input type="text"/> <input type="text"/>	
109A	Vous avez achevé au (NIVEAU ENREGISTRÉ À 108) la classe de (CLASSE ENREGISTRÉE À 109) ; avez-vous terminé le programme de cette classe avec succès ? SI NON, DEMANDEZ : Avez-vous suivi le programme jusqu'à la fin de l'année scolaire ? SI LA RÉPONSE EST 'OUI', ENREGISTREZ '2' POUR PROGRAMME TERMINÉ SANS SUCCÈS; SINON '3' PROGRAMME	PROGRAMME CLASSE TERMINÉ AVEC SUCCÈS ... 1 PROGRAMME CLASSE TERMINÉ SANS SUCCÈS ... 2 PROGRAMME CLASSE PAS TERMINÉ 3	
110	VÉRIFIEZ 108: PRIMAIRE OU <input type="checkbox"/> SECONDAIRE ↓ SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/> → 113		
111	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉ. SI L'ENQUÊTÉ NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT LIRE SEULEMENT UNE PARTIE DE LA PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉ 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 5	
112	VÉRIFIEZ 111: CODE '2', '3' OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓ CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> → 114		
113	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PAS DU TOUT 3	
114	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PAS DU TOUT 3	
115	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PAS DU TOUT 3	
116	Est-ce que vous possédez un téléphone portable ?	OUI 1 NON 2	→ 118
117	Est-ce que vous utilisez votre téléphone portable pour faire des opérations financières ?	OUI 1 NON 2	
118	Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser vous-même ?	OUI 1 NON 2	
119	Avez-vous déjà utilisé internet ?	OUI 1 NON 2	→ 122
120	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL	OUI 1 NON 2	→ 122
121	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé internet: presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
122	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE 1 PROTESTANTE 2 EGLISE DE REVEIL 3 AUTRE REL. CHRETIENNE 4 MUSULMANE 5 RELIGION TRADITIONEL 6 AUTRE RELIGION 7 SANS RELIGION 8	
123	Quelle est votre nationalité?	GABONAIS 1 CAMEROUNAIS 2 CONGOLAIS (BRAZZA.) 3 CONGOLAIS (KINSHA.) 4 EQUATO-GUINEEN 5 BENINOI 6 MALIEN 7 NIGERIAN 8 SENEGALAIS 9 TOGOLAIS 10 AUTRE AFRIQUE 11 FRANCAIS 12 LIBANAIS 13 AUTRE 16	→ 124
123A	Quelle est votre ethnie?	FANG 1 KOTA-KELE 2 MBEDE-TEKE 3 MYENE 4 NZABI-DUMA 5 OKANDE-TSOGHO 6 SHIRA-PUNU/VILI 7 PYGMEE 8 AUTRE 9	
124	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de passer une nuit ou plus loin de chez vous ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 125A
125	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI 1 NON 2	
125A	VÉRIFIEZ 106: 35-64 ANS <input type="checkbox"/> ↓ 15-34 ANS <input type="checkbox"/>		→ 201
126A	Est-ce que je peux mesurer maintenant votre tension artérielle? _____ SIGNATURE ENQUÊTEUR _____ DATE	OUI, L'ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 NON, L'ENQUÊTÉE N'ACCEPTE PAS 2	→ 201
126B	PRENEZ LA PRESSION ARTÉRIELLE. ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE. SI VOUS NE POUVEZ PAS MESURER LA PRESSION DE L'ENQUÊTÉ, ENREGISTREZ LA RAISON.	SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSÉ 994 PROBLÈMES TECHNIQUES 995 AUTRE 996	

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur tous les enfants que vous avez eus durant votre vie. Je m'intéresse à tous vos enfants biologiques, même s'ils ne sont pas légalement les vôtres ou s'ils ne portent pas votre nom. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants que vous avez engendrés ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles dont vous êtes le père et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204								
203	a) Combien de fils vivent avec vous ? b) Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou filles dont vous êtes le père qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
205	a) Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? b) Combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous eu une fille ou un garçon qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou fait un mouvement, qui a émis un son ou essayé de respirer ou qui a montré d'autres signes de vie pendant un très court moment ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 208								
207	a) Combien de garçons sont décédés ? b) Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN , INSCRIVEZ '00'.	a) GARÇONS DÉCÉDÉS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES ENFANTS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>A EU <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS D'UN</p> <p>ENFANT ↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>A EU <input type="checkbox"/></p> <p>SEULEMENT</p> <p>UN ENFANT</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>N'A EU AUCUN</p> <p>ENFANT <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		→ 211 → 301								
210	Est-ce que tous les enfants dont vous êtes le père ont tous la même mère biologique ?	OUI 1 NON 2									
211	VÉRIFIEZ 208: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>A EU <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS D'UN</p> <p>ENFANT ↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>A EU <input type="checkbox"/></p> <p>SEULEMENT</p> <p>UN ENFANT ↓</p> </div> </div> <p>a) Quel âge aviez-vous quand votre premier enfant est né ? b) Quel âge aviez-vous quand votre enfant est né ?</p>	ÂGE EN ANNÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
212	VÉRIFIEZ 203 ET 205: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>AU MOINS UN</p> <p>ENFANT VIVANT ↓ <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUN ENFANT</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		→ 301								

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
213	<p>VÉRIFIEZ 203 ET 205:</p> <p>PLUS D'UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>a) Quel âge a votre plus jeune enfant ?</p> <p>SEULEMENT UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>b) Quel âge a votre enfant ?</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
214	<p>VÉRIFIEZ 213:</p> <p>(LE PLUS JEUNE) ENFANT A 0-2 ANS <input type="checkbox"/></p> <p>(LE PLUS JEUNE) ENFANT A 3 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 301</p>	
215	<p>VÉRIFIEZ 203 ET 205:</p> <p>PLUS D'UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>a) Quel est le nom de votre plus jeune enfant ?</p> <p>SEULEMENT UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>b) Quel est le nom de votre enfant ?</p>	<p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENFANT (LE PLUS JEUNE))</p>	
216	<p>Quand la mère de (NOM) était enceinte de (NOM), a-t-elle eu des examens prénatals ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 218</p>
217	<p>Est-ce que vous étiez présent pendant l'un de ces examens prénatals ?</p>	<p>PRÉSENT 1</p> <p>PAS PRÉSENT 2</p>	
218	<p>Est-ce que (NOM) est né dans un hôpital ou un établissement de santé ?</p>	<p>HÔPITAL/ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ 1</p> <p>AUTRE 2</p>	
219	<p>Quand un enfant a la diarrhée, quelle quantité de liquides doit-on lui donner à boire : plus que d'habitude, environ la même quantité que d'habitude, moins que d'habitude ou rien à boire du tout ?</p>	<p>PLUS QUE D'HABITUDE 1</p> <p>ENVIRON MÊME QUANTITÉ 2</p> <p>MOINS QUE D'HABITUDE 3</p> <p>RIEN À BOIRE 4</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?		
01	Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2	
02	Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2	
03	DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus pour leur éviter une grossesse pendant un ou plusieurs mois.	OUI 1 NON 2	
04	Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour leur éviter une grossesse pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2	
05	Implants. INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un bâtonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour leur éviter une grossesse, pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2	
06	Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter une grossesse.	OUI 1 NON 2	
07	Préserwatif. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
08	Péservatif féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
09	Pilule du lendemain. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	OUI 1 NON 2	

SECTION 3. CONTRACEPTION

10	<p>Méthode des jours fixes. INSISTER : Les femmes utilisent un collier de perles de couleur différentes pour connaître les jours où elles peuvent tomber enceintes. Durant ces jours où elles peuvent tomber enceintes, elles utilisent le préservatif ou elles s'abstiennent de rapports sexuels.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
11	<p>Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel (MAMA). INSISTEZ : Pendant six mois après la naissance d'un enfant, avant que les règles ne soient revenues, les femmes utilisent une méthode qui nécessite d'allaiter fréquemment le jour et la nuit.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
12	<p>Méthode du rythme. INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours où elles pensent qu'elles peuvent tomber enceintes.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
13	<p>Retrait/Coût Interrompu. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
14	<p>Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI, MÉTHODE MODERNE _____ A (PRÉCISEZ) OUI, MÉTHODE TRADITIONNELLE _____ B (PRÉCISEZ) NON Y</p>

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
302	Au cours des derniers mois, avez-vous :		OUI	NON	
	a) Entendu à la radio un message sur la planification familiale ?	a) RADIO	1	2	
	b) Vu à la télévision quelque chose sur la planification familiale ?	b) TÉLÉVISION	1	2	
	c) Lu dans un journal ou un magazine quelque chose sur la planification familiale ?	c) JOURNAL OU MAGAZINE	1	2	
	d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur un téléphone portable ?	d) PORTABLE	1	2	
303	Au cours des derniers mois, avez-vous parlé de planification familiale avec un agent de santé ou un professionnel de santé ?	OUI		1	
		NON		2	
304	Je voudrais maintenant vous parler des risques de tomber enceintes. Entre la période des règles et les règles suivantes, est-ce qu'il y a une période où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes ?	OUI		1	
		NON		2	
		NE SAIT PAS		8	→ 306
305	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT QUE LES RÉGLES COMMENCENT		1	
		PENDANT LES RÉGLES		2	
		JUSTE APRÈS LA FIN DES RÉGLES		3	
		AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES		4	
		AUTRE _____ (PRÉCISEZ)		6	
		NE SAIT PAS		8	
306	Après la naissance d'un enfant, est-ce qu'une femme peut tomber enceinte avant que ses règles ne soient revenues ?	OUI		1	
		NON		2	
		NE SAIT PAS		8	
307	Je vais vous lire maintenant certaines déclarations sur la contraception. Dites-moi, s'il vous plait, si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec chacune de ces déclarations ?		PAS D'ACCORD	D'ACCORD	NSP
	a) La contraception est un problème de femme et un homme ne doit pas s'en préoccuper.	a) CONTRACEPTION PROBLÈME DE FEMME	1	2	8
	b) Une femme qui utilise la contraception peut devenir une femme légère.	b) FEMME PEUT DEVENIR LÉGÈRE	1	2	8
	c) La contraception va à l'encontre de nos valeurs traditionnelles	c) CONTRACEPTION CONTRE VALEURS TRADITIONNELLES	1	2	8

SECTION 4. UNION ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À	
401	Êtes-vous actuellement marié ou vivez-vous avec une femme comme si vous étiez marié ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ 1 OUI, VIT AVEC UNE FEMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 404	
402	Avez-vous déjà été marié ou avez-vous vécu avec une femme comme si vous étiez marié ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉ 1 OUI, A VÉCU AVEC UNE FEMME 2 NON 3	→ 413	
403	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuf, divorcé ou séparé ?	VEUF 1 DIVORCÉ 2 SÉPARÉ 3	→ 410	
404	Est-ce que votre (épouse/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-elle ailleurs ?	VIT AVEC LUI 1 VIT AILLEURS 2		
405	Avez-vous d'autres épouses ou vivez-vous avec d'autres femmes comme si vous étiez marié ?	OUI (PLUS D'UNE ÉPOUSE/FEMME) 1 NON (SEULEMENT UNE ÉPOUSE/FEM.) 2	→ 407	
406	En tout, combien d'épouses ou de partenaires avec qui vous vivez comme si vous étiez marié avez-vous ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ	<input type="text"/> <input type="text"/>	
407	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <p>UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>a) Dites-mois, s'il vous plaît, le nom de (votre épouse/femme avec qui vous vivez comme si vous étiez marié) ?</p> <p>PLUS D'UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>b) Dites-mois, s'il vous plaît, le nom de chacune de vos épouses ou femmes avec qui vous vivez comme si vous étiez marié) ?</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU TABLEAU MÉNAGE DE CHACUNE DES ÉPOUSES ET DES FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ.</p> <p>SI UNE FEMME N'EST PAS LISTÉE DANS LE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>NUMÉRO DE LIGNE</p> <p>ÂGE</p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>408</p> <p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p>	
408	POSEZ 408 POUR CHAQUE PERSONNE.			
409	<p>VÉRIFIEZ 407:</p> <p>UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS D'UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p>		→ 411	
410	Avez-vous été marié ou avez-vous vécu avec une femme une seule fois ou plus d'une fois ?	PLUS D'UNE FOIS 1 UNE SEULE FOIS 2		

SECTION 4. UNION ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
411	<p>VÉRIFIEZ 405 ET 410:</p> <p>LES DEUX SONT <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> CODE '2'</p> <p>a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (épouse/partenaire) ?</p> <p>b) Je voudrais maintenant vous parler de votre première (épouse/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec elle ?</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAIT PAS LE MOIS 98</p> <p>ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAIT PAS L'ANNÉ 9998</p>	<p>→ 413</p>
412	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec elle pour la première fois ?</p>	<p>ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
413	<p>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.</p>		
414	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponse sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. 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. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?</p>	<p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS 00</p> <p>ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 501</p>
415	<p>Je voudrais vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ?</p> <p>SI MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. SI 12 MOIS (UNE ANNÉE) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>	<p>IL Y A DES JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A DES SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A DES MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A DES ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 417</p> <p>→ 427</p>

SECTION 4. UNION ET ACTIVITÉ SEXUELLE

		DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE	AVANT-DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE	AVANT-AVANT DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE
416	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
417	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne un préservatif a-t-il été utilisé ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 419) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 419) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 419) ←
418	Un préservatif a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
419	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ? SI PETITE AMIE : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ? SI OUI, ENCERCLEZ '2'. SI NON, ENCERCLEZ '3'.	ÉPOUSE 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉ .. 2 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉ 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 PROFESSIONNELLE DU SEXE/CLIENTE .. 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	ÉPOUSE 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉ .. 2 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉ 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 PROFESSIONNELLE DU SEXE/CLIENTE .. 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	ÉPOUSE 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉ .. 2 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉ 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 PROFESSIONNELLE DU SEXE/CLIENTE .. 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)
420	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette personne ?	IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>
421	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE FOIS EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>

SECTION 4. UNION ET ACTIVITÉ SEXUELLE

		DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE	AVANT-DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE	AVANT-AVANT DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE
422	Quel âge a cette personne ?	ÂGE DE LA PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DE LA PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DE LA PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
423	À part cette personne, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 (RETOURNEZ À 416 COL. SUIVANTE) NON 2 (ALLEZ À 425)	OUI 1 (RETOURNEZ À 416 COL. SUIVANTE) NON 2 (ALLEZ À 425)	
424	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE FOIS EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRES DANS LES 12 DERNIERS MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98

SECTION 4. UNION ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
425	VÉRIFIEZ 419 (TOUTES LES COLONNES): AU MOINS UNE PARTENAIRE EST UNE PROFESSIONNELLE DU SEXE <input type="checkbox"/>	AUCUNE PARTENAIRE N'EST UNE PROFESSION- NELLE DU SEXE <input type="checkbox"/>	→ 427
426	VÉRIFIEZ 419 ET 417 (TOUTES LES COLONNES): PRESERVATIF UTILISÉ AVEC CHAQUE PROFESSIONNELLE DU SEXE <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 430 → 431
427	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous payé quelqu'un en échange de rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2	→ 429
428	Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de payer quelqu'un en échange de rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2	→ 431
429	La dernière fois que vous avez payé quelqu'un en échange de rapports sexuels, un condom a-t-il été utilisé ?	OUI 1 NON 2	→ 431
430	Est-ce qu'au cours des 12 derniers mois, un condom a été utilisé chaque fois que vous avez payé quelqu'un en échange de rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
431	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous donné des cadeaux ou des présents pour avoir des rapports sexuels ou pour avoir une relation sexuelle suivie avec quelqu'un ?	OUI 1 NON 2	→ 433
432	Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de donner des cadeaux ou des présents pour avoir des rapports sexuels ou pour avoir une relation sexuelle suivie avec quelqu'un ?	OUI 1 NON 2	
433	En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE FOIS EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRE SUR LA DURÉE DE VIE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
434	VÉRIFIEZ 417: PARTENAIRE LA PLUS RÉCENTE (PREMIÈRE COLONNE) PRESERVATIF UTILISÉ <input type="checkbox"/>	PAS POSÉE <input type="checkbox"/> PAS DE PRESERVATIF UTILISÉ <input type="checkbox"/>	→ 438 → 438
435	Vous avez dit que la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, un condom avait été utilisé. Quelle était la marque du condom utilisée cette fois là ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR L'EMBALLAGE.	STANDARD GÉNÉRIQUE 01 DUREX 02 INNOTEX 03 MANNIX 04 PRUDENCE 05 DOMINO 06 CAREX 07 KAMASUTRA 08 FÉMINDO 09 KISS 10 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	

SECTION 4. UNION ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
436	<p>Où vous étiez-vous procuré le préservatif la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL /CENTRE MÉDICAL/</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 11</p> <p>INFIRMERIE MILITAIRE 12</p> <p>PNLIST/VIH-SIDA 13</p> <p>CARAVAN MÉDICAL/ 14</p> <p>CENTRE DE SMI 15</p> <p>DISPENSAIRE 16</p> <p>CASE DE SANTÉ 17</p> <p>CENTRE DE TRAITEMENT</p> <p>AMBULATOIRE (CTA) 18</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 19</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>CENTRE MÉDICO SOCIAL CNSS 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>AUTRE SECTEUR PARA PUBLIC</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉE 31</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ 32</p> <p>CABINET SOIN/INFIRMERIE 33</p> <p>PHARMACIE PRIVÉE 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR ONG/ASSOCIATION</p> <p>MGBET 41</p> <p>MARCHE/BOUTIQUE/ETALAGE 42</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT/HOTEL 43</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 44</p> <p>AMIS/PARENT 45</p> <p>AUTRE SECTEUR ONG/ASSOCIATION</p> <p>_____ 46</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
437	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avait utilisé une autre méthode que le préservatif pour éviter ou retarder une grossesse ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 439</p> <p>→ 440</p>
438	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avait utilisé une méthode pour éviter ou retarder une grossesse ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 440
439	<p>Quelle méthode avez-vous, ou votre partenaire, utilisé ?</p> <p>INSISTEZ: Est-ce que vous ou votre partenaire avait utilisé une autre méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE B</p> <p>DIU C</p> <p>INJECTABLES D</p> <p>IMPLANTS E</p> <p>PILULE F</p> <p>PRESERVATIF G</p> <p>PRESERVATIF FÉMININ H</p> <p>PILULE DU LENDEMAIN I</p> <p>MÉTHODE DES JOURS FIXES J</p> <p>MAMA K</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME L</p> <p>RETRAIT/COIT INTERROMPU M</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE X</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE Y</p>	→ 501
440	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 5. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
501	VÉRIFIEZ 401: ACTUELLEMENT MARIÉ OU <input type="checkbox"/> VIVANT AVEC UNE PARTENAIRE ↓	NON MARIÉ ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> ET NE VIVANT PAS AVEC UNE PARTENAIRE	→ 514								
502	VÉRIFIEZ 439: HOMME NON <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ ↓	HOMME <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ	→ 514								
503	VÉRIFIEZ 407: UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/> ↓	PLUS D'UNE <input type="checkbox"/> ÉPOUSE/ PARTENAIRE	→ 509								
504	Est-ce que votre (épouse/partenaire) est actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 507								
505	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous et votre (épouse/partenaire) attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT 1 PAS D'AUTRE ENFANT 2 INDÉCIS/NE SAIT PAS 8	→ 514								
506	Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT 993 AUTRE 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 998									→ 514
507	VÉRIFIEZ 208: A EU <input type="checkbox"/> DES ENFANTS ↓	N'A PAS <input type="checkbox"/> D'ENFANT ↓									
	a) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfant ?	b) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir un enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'enfant ?									
		VEUT (UN/UN AUTRE) ENFANT 1 PLUS D'ENFANT/AUCUN 2 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT 3 ÉPOUSE/PARTENAIRE STÉRILISÉE 4 INDÉCIS/NE SAIT PAS 8	→ 514								
508	VÉRIFIEZ 208: A <input type="checkbox"/> DES ENFANTS ↓	N'A PAS <input type="checkbox"/> D'ENFANT ↓									
	a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un autre enfant ?	b) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un enfant ?									
		MOIS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT 993 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT 994 AUTRE 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 998									→ 514
509	Est-ce que l'une de vos (épouses/partenaires) est actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 512								

SECTION 6. EMPLOI ET RÔLE DES SEXES

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
601	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 7 derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 604
602	Bien que vous n'avez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, paternité ou pour une autre raison ?	OUI 1 NON 2	→ 604
603	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 607
604	Quelle est votre occupation ? C'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	_____ _____ _____ 	
605	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE 2 DE TEMPS EN TEMPS 3	
606	Êtes-vous payé en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payé du tout ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉ 4	
607	VÉRIFIEZ 401: ACTUELLEMENT MARIÉ OU <input type="checkbox"/> VIVANT AVEC UNE PARTENAIRE ↓ NON MARIÉ ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> ET NE VIVANT PAS AVEC UNE PARTENAIRE		→ 612
608	VÉRIFIEZ 606: CODE '1' OU '2' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓ AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 610
609	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (épouse/partenaire), ou conjointement vous et votre (épouse/partenaire) ?	ENQUÊTÉ 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE ENSEMBLE 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
610	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé : vous, votre (épouse/partenaire), conjointement vous et votre (épouse/partenaire) ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉ 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE ENSEMBLE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	
611	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉ 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE ENSEMBLE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	

SECTION 6. EMPLOI ET RÔLE DES SEXES

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
612	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seul ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEUL SEULEMENT 1 CONJOINTEMENT SEULEMENT 2 SEUL ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	→ 615
613	Avez-vous un acte de propriété pour une maison que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 615
614	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
615	Est-ce que vous possédez de la terre agricole ou non agricole, seul ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEUL SEULEMENT 1 CONJOINTEMENT SEULEMENT 2 SEUL ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	→ 618
616	Avez-vous un acte de propriété pour une terre que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 618
617	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
618	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :		
		OUI NON NSP	
	a) Si elle sort sans le lui dire ?	a) SORT SANS LE LUI DIRE 1 2 8	
	b) Si elle néglige les enfants ?	b) NÉGLIGE LES ENFANTS 1 2 8	
	c) Si elle argumente avec lui ?	c) ARGUMENTE 1 2 8	
	d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	d) REFUSE RAP. SEXUELS 1 2 8	
	e) Si elle brûle la nourriture ?	e) BRÛLE NOURRITURE 1 2 8	
	f) Si elle refuse de lui donner l'argent pour ses besoins personnels ?	f) REFUSE DONNER L'ARGENT 1 2 8	

SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
701	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler de VIH ou de sida ?	OUI 1 NON 2	→ 727
702	Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
703	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
704	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
705	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
706	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
707	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
708	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant :		
	a) Durant la grossesse ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
	b) Durant l'accouchement ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
	c) En allaitant ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
709	VÉRIFIEZ 708: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 711
710	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin, un/une infirmier (e), ou tout autre personnel de santé peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
711	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
712	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 716
713	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANS OU PLUS 95	

SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
714	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
715	Où le test a-t-il été fait ?	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL /CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ 11</p> <p>INFIRMERIE MILITAIRE 12</p> <p>PNLIST/VIH-SIDA 13</p> <p>CARAVANE MÉDICALE 14</p> <p>CENTRE DE SMI 15</p> <p>DISPENSARE 16</p> <p>CASE DE SANTÉ 17</p> <p>CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) 18</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 19 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>CENTRE MÉDICO SOCIAL CNSS 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>AUTRE SECTEUR PARA PUBLIC 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉE 31</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ 32</p> <p>CABINET SOIN/INFIRMERIE 33</p> <p>PHARMACIE PRIVÉE 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRES SECTEUR ONG/ASSOCIATION</p> <p>ONG 41</p> <p>MAISON 42</p> <p>LIEU DE TRAVAIL 43</p> <p>CENTRE DE DETENTION 44</p> <p>AUTRE SECTEUR ONG/ASSOCIATION 46 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>	<p>718</p> <p>→ 718</p>
716	Connaissez-vous un endroit où les gens peuvent aller pour faire un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 718

SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
717	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL /CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ A</p> <p>INFIRMERIE MILITAIRE B</p> <p>PNLIST/VIH-SIDA C</p> <p>CARAVANE MÉDICALE D</p> <p>CENTRE DE SMI E</p> <p>DISPENSAIRE F</p> <p>CASE DE SANTÉ G</p> <p>CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) H</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC I</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>CENTRE MÉDICO SOCIAL CNSS J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>AUTRE SECTEUR PARA PUBLIC L</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ(E)/ MÉDECIN PRIVÉ M</p> <p>PHARMACIE PRIVÉE N</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL O</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ P</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRES SECTEUR ONG/ASSOCIATION</p> <p>ONG Q</p> <p>MAISON R</p> <p>LIEU DE TRAVAIL S</p> <p>CENTRE DE DETENTION T</p> <p>AUTRE SECTEUR ONG/ASSOCIATION U</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE X</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
718	Avez-vous entendu parler de kits de tests que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 720
719	Vous êtes-vous testé vous-même en utilisant un kit de test ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
720	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND 8</p>	
721	Pensez-vous que des enfants vivant avec le VIH devraient être autorisés à aller à l'école avec des enfants qui n'ont pas le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND 8</p>	
722	Pensez-vous que les gens hésitent à faire un test du VIH parce qu'ils ont peur de la réaction des autres si le résultat de leur test était VIH positif ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND 8</p>	
723	Est-ce que les gens parlent mal de ceux qui vivent avec le VIH ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND 8</p>	
724	Est-ce que les gens qui vivent avec le VIH, ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH, perdent le respect des autres ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND 8</p>	

SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
725	Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante : j'aurais honte si quelqu'un de ma famille avait le VIH.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND 8	
726	Avez-vous peur de contracter le VIH si vous étiez en contact avec la salive d'une personne vivant avec le VIH ?	OUI 1 NON 2 DÉCLARE QU'IL A LE VIH 3 NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND 8	
727	VÉRIFIEZ 701: A ENTENDU PARLER DU VIH <input type="checkbox"/> OU DU SIDA ↓ N'A PAS ENTENDU PARLER DU VIH <input type="checkbox"/> OU DU SIDA ↓ a) Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ? b) Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	OUI 1 NON 2	
728	VÉRIFIEZ 414: A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 736
729	VÉRIFIEZ 727: A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 731
730	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
731	Il arrive parfois que les hommes aient un écoulement du pénis qui n'est pas normal. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement anormal du pénis ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À	
732	Il arrive parfois que les hommes aient une plaie ou un ulcère dans la zone génitale. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère dans la zone génitale ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
733	VÉRIFIEZ 730, 731 ET 732: A EU UNE INFECTION (UN 'OUI') <input type="checkbox"/> N'A PAS EU INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>		→ 736	
734	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 730/731/732), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI 1 NON 2	→ 736	
735	Où êtes-vous allé ? Pas d'autre endroit ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL /CENTRE MÉDICAL/ CENTRE DE SANTÉ A INFIRMERIE MILITAIRE B PNLIST/VIH-SIDA C CARAVANE MÉDICALE D CENTRE DE SMI E DISPENSARE F CASE DE SANTÉ G CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) H AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) I SECTEUR PARA-PUBLIC CENTRE MÉDICO SOCIAL CNSS J PHARMACIE K AUTRE SECTEUR PARA PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) L SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ(E)/ MÉDECIN PRIVÉ M PHARMACIE PRIVÉE N SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL O AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ (PRÉCISEZ) P AUTRES SECTEURS ONG/ASSOCIATION ONG Q MAISON R LIEU DE TRAVAIL S CENTRE DE DETENTION T AUTRE SECTEUR ONG/ASSOCIATION _____ (PRÉCISEZ) U AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		
736	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom quand ils ont des rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
737	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		

SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
801	Certains hommes sont circoncis, c'est-à-dire qu'on leur a enlevé entièrement le prépuce du pénis. Êtes-vous circoncis ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 805
802	Quel âge aviez-vous quand vous avez été circoncis ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/> PENDANT L'ENFANCE (<5 ANS) 95 NE SAIT PAS 98	
803	Qui a effectué la circoncision ?	PRATICIEN TRADITIONNEL/FAMILLE/AMIS 1 AGENT DE SANTÉ/PROFESSIONNEL 2 AUTRE 3 NE SAIT PAS 8	
804	Où a été effectuée la circoncision ?	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ 1 MAISON D'UN AGENT DE SANTÉ/ PROFESSIONNEL 2 CIRCONCISION FAITE À LA MAISON 3 ENDROIT RITUEL 4 AUTRE MAISON/ENDROIT 5 NE SAIT PAS 8	
805	Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ? SI OUI: Combien d'injections avez-vous eu ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 808
806	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre personnel de santé ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 808
807	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée du personnel de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
808	Fumez-vous actuellement du tabac tous les jours, certains jours ou pas du tout ?	TOUS LES JOURS 1 CERTAINS JOURS 2 PAS DU TOUT 3	→ 811 → 810
809	Dans le passé, est-ce que vous fumiez tous les jours ?	OUI 1 NON 2	→ 812
810	Dans le passé, est-ce que vous fumiez tous les jours, certains jours ou est-ce que vous ne fumiez pas ?	TOUS LES JOURS 1 CERTAINS JOURS 2 PAS DU TOUT 3	→ 813

SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
811	<p>En moyenne, parmi les produits suivants, combien en fumez-vous actuellement par jour ? Dites-mois aussi si vous consommez ces produits mais pas chaque jour.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT , MAIS PAS TOUS LES JOURS, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Des cigarettes fabriquées commercialement ?</p> <p>b) Des cigarette roulées à la main ?</p> <p>c) Des Kreteks ?</p> <p>d) Des pipes à tabac?</p> <p>e) Des cigares, cheroots ou cigarillos ?</p> <p>f) Nombre de séances de pipe à eau/nargulé ?</p> <p>g) Autre chose ?</p> <p align="center">_____ (PRÉCISEZ)</p>	<p align="center">NOMBRE PAR JOUR</p> <p>a) CIGARETTES COMMERCIALES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) CIGARETTES ROULÉES ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) KRETEKS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) PIPES À TABAC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) CIGARES, CHEROOTS OU CIGARILLOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>f) NOMBRE DE SÉANCES DE PIPE À EAU/NARGULÉ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>g) AUTRE CHOSE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p align="right">→ 813</p>
812	<p>En moyenne, parmi les produits suivants, combien en fumez-vous actuellement par semaine ? Dites-mois aussi si vous consommez ces produits, mais pas chaque jour.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT , MAIS PAS TOUTES LES SEMAINES, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Des cigarettes fabriquées commercialement ?</p> <p>b) Des cigarette roulées à la main ?</p> <p>c) Des Kreteks ?</p> <p>d) Des pipes à tabac?</p> <p>e) Des cigares, cheroots ou cigarillos ?</p> <p>f) Nombre de séances de pipe à eau/nargulé ?</p> <p>g) Autre chose ?</p> <p align="center">_____ (PRÉCISEZ)</p>	<p align="center">NOMBRE PAR SEMAINE</p> <p>a) CIGARETTES COMMERCIALES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) CIGARETTES ROULÉES ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) KRETEKS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) PIPES À TABAC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) CIGARES, CHEROOTS OU CIGARILLOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>f) NOMBRE DE SÉANCES DE PIPE À EAU/NARGULÉ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>g) AUTRE CHOSE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
813	<p>Consommez-vous actuellement du tabac non-fumé chaque jour, certains jours ou pas du tout ?</p>	<p>TOUS LES JOURS (CHAQUE JOUR) 1</p> <p>CERTAINS JOURS 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p>	<p align="right">→ 815</p> <p align="right">→ 815B</p>

SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
814	<p>En moyenne, combien de fois par jour utilisez-vous les produits suivants ? Dites-moi aussi si vous utilisez le produit, mais pas chaque jour.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT , MAIS PAS TOUS LES JOURS, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Du tabac à chiquer, dans la bouche ?</p> <p>b) Du tabac à priser, à inhaler par le nez ?</p> <p>c) Du tabac à mâcher ?</p> <p>d) Du Betel à mâcher ?</p> <p>e) Autre chose ?</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>	<p>NOMBRE PAR JOUR</p> <p>a) TABAC À CHIQUER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) TABAC À PRISER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) TABAC À MÂCHER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) BETEL À MÂCHER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) AUTRE CHOSE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 815B</p>
815	<p>En moyenne, combien de fois par semaine utilisez-vous les produits suivants ? Dites-moi aussi si vous utilisez ce produit, mais pas chaque semaine.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT , MAIS PAS TOUTES LES SEMAINES, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Du tabac à chiquer, dans la bouche ?</p> <p>b) Du tabac à priser, à inhaler par le nez ?</p> <p>c) Du tabac à mâcher ?</p> <p>d) Du Betel à mâcher ?</p> <p>e) Autre chose ?</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>	<p>NOMBRE PAR SEMAINE</p> <p>a) TABAC À CHIQUER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) TABAC À PRISER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) TABAC À MÂCHER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) BETEL À MÂCHER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) AUTRE CHOSE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
815B	<p>Avez-vous déjà consommé une boisson qui contient de l'alcool comme le vin de palme, vin de canne à sucre, ou le vin de maïs : presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?</p>	<p>PRESQUE CHAQUE JOUR 1</p> <p>AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2</p> <p>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3</p> <p>PAS DU TOUT 4</p>	<p>→ 816</p>
815C	<p>Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous consommé une boisson contenant de l'alcool ?</p>	<p>NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUN AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS 00</p>	
815D	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consommé une boisson qui contient de l'alcool : presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?</p>	<p>PRESQUE CHAQUE JOUR 1</p> <p>AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2</p> <p>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3</p> <p>PAS DU TOUT 4</p>	

SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À						
816	Êtes-vous couvert par une assurance médicale ?	OUI 1 NON 2	→ 817A						
817	Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couvert ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CNAMGS A CNSS B AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE C AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)							
817A	VÉRIFIEZ 106: 35-64 ANS <input type="checkbox"/> ↓ 15-34 ANS <input type="checkbox"/> →		→ 901						
818A	Est-ce que je peux mesurer maintenant votre tension artérielle? _____ SIGNATURE ENQUÊTEUR DATE	OUI, L'ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 NON, L'ENQUÊTÉE N'ACCEPTE PAS 2	→ 901						
818B	LISEZ LES MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE. ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET LA PRESSION DIASTOLIQUE. SI VOUS NE POUVEZ PAS MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉ, ENREGISTREZ LA RAISON.	SYSTOLIQUE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> DIASTOLIQUE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> REFUSÉ 994 PROBLÈMES TECHNIQUES 995 AUTRE 996							

SECTION 9. MALADIES NON TRANSMISSIBLES POUR LE QUESTIONNAIRE HOMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
901	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà vérifié votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
902	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI 1 NON 2	→ 906
903	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI 1 NON 2	
904	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2	
905	Est-ce que vous prenez actuellement des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2	
906	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà mesuré le niveau de sucre dans votre sang ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
907	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI 1 NON 2	→ 911
908	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin un autre professionnel de santé vous a dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI 1 NON 2	
909	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre niveau de sucre ou de diabète ?	OUI 1 NON 2	
910	Est-ce que vous prenez des médicaments pour contrôler votre niveau élevé de sucre dans le sang ou votre diabète ?	OUI 1 NON 2	
911	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI 1 NON 2	→ 913
912	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI 1 NON 2	
913	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI 1 NON 2	→ 915
914	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI 1 NON 2	

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
915	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un cancer ou une tumeur?	OUI 1 NON 2	→ 917
916	Suivez-vous actuellement un traitement pour un cancer ou une tumeur ?	OUI 1 NON 2	
917	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous faisiez une dépression ?	OUI 1 NON 2	→ 919
918	Suivez-vous actuellement un traitement pour dépression ?	OUI 1 NON 2	
919	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez le rhumatisme ?	OUI 1 NON 2	→ 921
920	Suivez-vous actuellement un traitement pour le rhumatisme ?	OUI 1 NON 2	
921	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une autre maladie chronique, c'est à-dire une autre maladie de longue durée ?	OUI 1 (SPÉCIFIEZ LA MALADIE CHRONIQUE) NON 2	→ 922A
922	Suivez-vous actuellement un traitement pour (MALADIE CHRONIQUE À 921) ?	OUI 1 NON 2	
922A	VÉRIFIEZ 106: 35-64 ANS <input type="checkbox"/> ↓ 15-34 ANS <input type="checkbox"/>		→ 943

SECTION 9. MALADIES NON TRANSMISSIBLES (TENSION ARTÉRIELLE MOYENNE)

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODE	ALLEZ À	
931	VÉRIFIEZ Q126B ET Q818B: PRESSIONS SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q126B ET À Q818B	PRESSIONS SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES À Q126B ET À Q818B	→ 937	
932	ENREGISTREZ ET CALCULEZ LA MOYENNE DE LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DE LA PRESSION DIASTOLIQUE DE Q126B ET Q818B.			
933	MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE Q126B	SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
934	MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE Q818B	SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
935	SOMME DE Q933 + Q934	SOMME SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOMME DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
936	DIVISEZ Q935 PAR 2	MOYENNE SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOYENNE DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 941
937	VÉRIFIEZ Q126B PRESSION SYSTOLIQUE ET PRESSION DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES À Q126B	LES DEUX PRESSIONS SYSTOLIQUE <u>ET</u> DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q126B	→ 940	
938	VÉRIFIEZ Q818B: PRESSION SYSTOLIQUE ET PRESSION DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉE À Q818B	LES DEUX PRESSIONS SYSTOLIQUE <u>ET</u> DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q818B	→ 940	
939	VÉRIFIEZ Q106E: PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q106E	LES DEUX PRESSIONS SYSTOLIQUE <u>ET</u> DIASTOLIQUE <u>NON</u> ENREGISTRÉES À Q106E	→ 943	
940	ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.	SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

941

UTILISEZ LE TABLEAU CI-DESSOUS POUR DÉTERMINER LE CODE CORRECT POUR ENREGISTRER DANS LE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE ET SUR LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE .

ENCERCLEZ LA LIGNE OÙ VOUS TROUVEZ LA VALEUR DE LA PRESSION **SYSTOLIQUE** DE Q936 OU Q940.

ENSUITE, ENCERCLEZ LA **COLONNE** OÙ VOUS TROUVEZ LA VALEUR DE LA PRESSION DIASTOLIQUE DE Q936 OU Q940.

LA VALEUR QUI SE TROUVE À L'INTERSECTION DE LA LIGNE ET DE LA COLONNE ENCERCLÉES DANS LE TABLEAU SERA UTILISÉE POUR COMPLÉTER Q942.

PRESSION SYSTOLIQUE MOYENNE	PRESSION DIASTOLIQUE MOYENNE					
	≤84	85-89	90-99	100-109	110-119	≥ 120
≤129	1	2	3	4	5	6
130-139	2	2	3	4	5	6
140-159	3	3	3	4	5	6
160-179	4	4	4	4	5	6
180-209	5	5	5	5	5	6
≥ 210	6	6	6	6	6	6

942

ENREGISTREZ DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS LE NOMBRE QUE VOUS AVEZ ENCERCLÉ À Q941. UTILISEZ ENSUITE LES INSTRUCTIONS À DROITE DE CE NOMBRE POUR COMPLÉTER LE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE ET LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR L'ENQUÊTÉ. DONNEZ À L'ENQUÊTÉ LE FORMULAIRE ET RÉPONDEZ À TOUTES SES QUESTIONS.

	CATÉGORIE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉE	CONSULTEZ UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE <u>DANS</u> :
1	NORMALE	24 MOIS
2	À LA LIMITE SUPÉRIEURE DU SEUIL NORMAL	12 MOIS
3	AU-DESSUS DU SEUIL NORMAL	2 MOIS
4	MODÉRÉMENT ÉLEVÉE	1 MOIS
5	TRÈS ÉLEVÉE	7 JOURS
6	EXTRÊMEMENT ÉLEVÉE	AUJOURD'HUI

##

ENREGISTREZ L'HEURE.

HEURES.....

MINUTES

OBSERVATION DE L'ENQUÊTEUR
À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDSG-III 2019-21)
QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR #1

RÉPUBLIQUE GABONAISE
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES
ET DES SOLIDARITÉS NATIONALES

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA STATISTIQUE
(DGS)

IDENTIFICATION				
NOM DE LA PROVINCE _____				[] []
NOM DE LA LOCALITÉ _____				
MILIEU (URBAIN = 1, RURAL = 2)				[]
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
NUMÉRO DE GRAPPE				[] [] []
NUMÉRO DU MÉNAGE				[] []
MÉNAGE NON SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON)				1 <input type="checkbox"/> → CONTINUEZ 2 <input type="checkbox"/> → UTILISEZ LE QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR #2
VISITES L'AGENT DE TERRAIN				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR [] []
NOM DE L'AGENT DE TERRAIN	_____	_____	_____	MOIS [] []
				ANNÉE 2 0 [] []
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES []
HEURE	_____	_____		
NOTES: _____				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES [] []
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	0 1	LANGUE DE L'INTERVIEW**	[] []	LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTE**
			[] []	TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) []
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	FRANÇAIS		**CODES LANGUES :	
			01 FRANÇAIS	04 SHIRA-PUNU
			02 FANG	05 MBEDE-TEKE
			03 NZEBI-DUMA	06 MYENE
				07 AUTRE GABON
				96 AUTRE
CHEF D'ÉQUIPE/ÉDITRICE/ÉDITEUR TERRAIN				
_____				[] [] [] []
NOM				NUMÉRO

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE) DU TABLEAU DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		VERIFIEZ L'ÂGE: L'ENFANT DOIT ÊTRE MESURÉ ALLONGÉ (1) OU DEBOUT (2)?	VERIFIEZ L'ÂGE: L'ENFANT DOIT ÊTRE MESURÉ ALLONGÉ (1) OU DEBOUT (2)?	VERIFIEZ L'ÂGE: L'ENFANT DOIT ÊTRE MESURÉ ALLONGÉ (1) OU DEBOUT (2)?
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2016-2021?	2016-2021 1 (ALLEZ À 105) ← 2015 OU AVANT 2 (ALLEZ À 131) ←	2016-2021 1 (ALLEZ À 105) ← 2015 OU AVANT 2 (ALLEZ À 131) ←	2016-2021 1 (ALLEZ À 105) ← 2015 OU AVANT 2 (ALLEZ À 131) ←
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 108) ←
107	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2
108	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
109	VÉRIFIEZ 103: L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ DURANT LE MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1 } (ALLEZ À 131) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 } (ALLEZ À 131) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 } (ALLEZ À 131) ← PLUS ÂGÉ 2
110	NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE .	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)
CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE				
111	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<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 généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2016, 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 le résultat vous sera communiqué 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 ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
112	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 } _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 } ABSENTE/AUTRE 3 } (ALLEZ À 131) ←	ACCORDÉ 1 } _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 } ABSENTE/AUTRE 3 } (ALLEZ À 131) ←	ACCORDÉ 1 } _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 } ABSENTE/AUTRE 3 } (ALLEZ À 131) ←
CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE PALUDISME				
113	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans le 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 2016 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie. Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Un traitement sera proposé aux enfants présentant un paludisme simple s'ils ne sont pas déjà sous traitement. Les enfants avec paludisme grave seront référés à un établissement de santé. 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 ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?</p>		
114	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 } _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 } ABSENT/AUTRE 3 }	ACCORDÉ 1 } _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 } ABSENT/AUTRE 3 }	ACCORDÉ 1 } _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 } ABSENT/AUTRE 3 }
115	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
116	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUS 995 AUTRE 996
117	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 119) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 119) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 119) ←
118	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF PAN .. 2 POSITIF FALCIPARUM ET PAN 3 (ALLEZ À 121) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF PAN .. 2 POSITIF FALCIPARUM ET PAN 3 (ALLEZ À 121) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF PAN .. 2 POSITIF FALCIPARUM ET PAN 3 (ALLEZ À 121) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6
119	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 131) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 131) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 131) ←
120	DÉCLARATION DE REFERENCE 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 dans un établissement de santé immédiatement. ALLEZ À 131		

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
121	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants: a Faiblesse extrême? b Problèmes cardiaques? c Perte de conscience? d Respiration rapide ou difficulté de respirer? e Convulsions? f Saignements anormaux? g Jaunisse/peau jaune ? h Urine foncée? SI AUCUN DES 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
122	VÉRIFIEZ 121: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (ALLEZ À 124) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (ALLEZ À 124) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (ALLEZ À 124) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2
123	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 125) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 125) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 125) ←
124	DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.	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 dans un établissement de santé. ALLEZ À 130		
125	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin, un centre de santé ou un agent de santé communautaire pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 127) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 127) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 127) ←
126	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une CTA 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 CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis. ALLEZ À 131		

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.																		
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3															
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____															
127	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 CTA. La CTA 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.																	
128	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←															
129	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<p style="text-align: center;">INSTRUCTION POUR LE DOSAGE</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">POIDS (en Kg)</th> <th colspan="3">TRAITEMENT</th> </tr> <tr> <th>Jour 1 (1 comprimé)</th> <th>Jour 2 (1 comprimé)</th> <th>Jour 3 (1 comprimé)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">5 à 15 kg</td> <td>1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boîte Jaune) Matin et soir</td> <td>1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boîte Jaune) Matin et soir</td> <td>1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boîte Jaune) Matin et soir</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">15 à 25 kg</td> <td>1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boîte Bleu) Matin et soir</td> <td>1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boîte Bleu) Matin et soir</td> <td>1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boîte Bleu) Matin et soir</td> </tr> </tbody> </table> <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>			POIDS (en Kg)	TRAITEMENT			Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)	5 à 15 kg	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boîte Jaune) Matin et soir	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boîte Jaune) Matin et soir	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boîte Jaune) Matin et soir	15 à 25 kg	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boîte Bleu) Matin et soir	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boîte Bleu) Matin et soir	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boîte Bleu) Matin et soir
POIDS (en Kg)	TRAITEMENT																		
	Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)																
5 à 15 kg	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boîte Jaune) Matin et soir	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boîte Jaune) Matin et soir	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boîte Jaune) Matin et soir																
15 à 25 kg	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boîte Bleu) Matin et soir	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boîte Bleu) Matin et soir	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boîte Bleu) Matin et soir																
130	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 LA CTA 4 AUTRE 6	MÉDICAMENT DONNÉ .. 1 MÉDICAMENT REFUSÉ .. 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE .. 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6	MÉDICAMENT DONNÉ .. 1 MÉDICAMENT REFUSÉ .. 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE .. 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6															
131	RETOURNEZ À Q.103 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.																		

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE) DU TABLEAU DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉI. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VÉRIFIEZ L'ÂGE: L'ENFANT DOIT ÊTRE MESURÉ ALLONGÉ (1) OU DEBOUT (2)?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉI. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VÉRIFIEZ L'ÂGE: L'ENFANT DOIT ÊTRE MESURÉ ALLONGÉ (1) OU DEBOUT (2)?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉI. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> VÉRIFIEZ L'ÂGE: L'ENFANT DOIT ÊTRE MESURÉ ALLONGÉ (1) OU DEBOUT (2)?
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2016-2021?	2016-2021 1 (ALLEZ À 105) ← 2015 OU AVANT 2 (ALLEZ À 131) ←	2016-2021 1 (ALLEZ À 105) ← 2015 OU AVANT 2 (ALLEZ À 131) ←	2016-2021 1 (ALLEZ À 105) ← 2015 OU AVANT 2 (ALLEZ À 131) ←
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 108) ←
107	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2
108	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
109	VÉRIFIEZ 103: L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ DURANT LE MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1] (ALLEZ À 131) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1] (ALLEZ À 131) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1] (ALLEZ À 131) ← PLUS ÂGÉ 2
110	NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE .	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE

111	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<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 généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2016, 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 le résultat vous sera communiqué 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 ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
112	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1] _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2] ABSENTE/AUTRE 3] (ALLEZ À 131) ←	ACCORDÉ 1] _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2] ABSENTE/AUTRE 3] (ALLEZ À 131) ←	ACCORDÉ 1] _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2] ABSENTE/AUTRE 3] (ALLEZ À 131) ←

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE PALUDISME

113	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans le 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 2016 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie. Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Un traitement sera proposé aux enfants présentant un paludisme simple s'ils ne sont pas déjà sous traitement. Les enfants avec paludisme grave seront référés à un établissement de santé. 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 ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?</p>		
114	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1] _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2] ABSENT/AUTRE 3]	ACCORDÉ 1] _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2] ABSENT/AUTRE 3]	ACCORDÉ 1] _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2] ABSENT/AUTRE 3]
115	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
116	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUS 995 AUTRE 996
117	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 119) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 119) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 119) ←
118	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF PAN .. 2 POSITIF FALCIPARUM ET PAN 3 (ALLEZ À 121) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF PAN .. 2 POSITIF FALCIPARUM ET PAN 3 (ALLEZ À 121) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF PAN .. 2 POSITIF FALCIPARUM ET PAN 3 (ALLEZ À 121) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6
119	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 131) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 131) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 131) ←
120	DÉCLARATION DE REFERENCE 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 dans un établissement de santé immédiatement. ALLEZ À 131		

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
121	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants: a Faiblesse extrême? b Problèmes cardiaques? c Perte de conscience? d Respiration rapide ou difficulté de respirer? e Convulsions? f Saignements anormaux? g Jaunisse/peau jaune ? h Urine foncée? SI AUCUN DES 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
122	VÉRIFIEZ 121: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (ALLEZ À 124) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (ALLEZ À 124) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (ALLEZ À 124) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2
123	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 125) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 125) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 125) ←
124	DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.	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 dans un établissement de santé. ALLEZ À 130		
125	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin, un centre de santé ou un agent de santé communautaire pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 127) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 127) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 127) ←
126	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une CTA 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 CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis. ALLEZ À 131		

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.																		
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6															
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____															
127	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 CTA. La CTA 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.																	
128	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←															
129	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<p style="text-align: center;">INSTRUCTION POUR LE DOSAGE</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">POIDS (en Kg)</th> <th colspan="3">TRAITEMENT</th> </tr> <tr> <th>Jour 1 (1 comprimé)</th> <th>Jour 2 (1 comprimé)</th> <th>Jour 3 (1 comprimé)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">5 à 15 kg</td> <td>1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boîte Jaune) Matin et soir</td> <td>1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boîte Jaune) Matin et soir</td> <td>1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boîte Jaune) Matin et soir</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">15 à 25 kg</td> <td>1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boîte Bleu)</td> <td>1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boîte Bleu)</td> <td>1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boîte Bleu)</td> </tr> </tbody> </table> <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>			POIDS (en Kg)	TRAITEMENT			Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)	5 à 15 kg	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boîte Jaune) Matin et soir	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boîte Jaune) Matin et soir	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boîte Jaune) Matin et soir	15 à 25 kg	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boîte Bleu)	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boîte Bleu)	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boîte Bleu)
POIDS (en Kg)	TRAITEMENT																		
	Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)																
5 à 15 kg	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boîte Jaune) Matin et soir	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boîte Jaune) Matin et soir	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boîte Jaune) Matin et soir																
15 à 25 kg	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boîte Bleu)	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boîte Bleu)	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boîte Bleu)																
130	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE RÉFÉRENCE.	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6															
131	RETOURNEZ À Q.103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, FIN.																		

