



ENQUÊTE NATIONALE SUR LE PALUDISME - ENP 2011

Les informations collectées au cours de cette enquête sont strictement confidentielles au terme de la loi N° 91/023 du 16 décembre 1991 sur les recensements et enquêtes statistiques.

QUESTIONNAIRE MENAGE

NOM DE LA LOCALITÉ _____ NOM DU DISTRICT DE SANTE _____ NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ RÉGION _____ NUMÉRO DE LA GRAPPE ..... NUMÉRO DE LA STRUCTURE ..... NUMERO SEQUENTIEL DU MÉNAGE DANS LA GRAPPE ..... URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) ..... YAOUNDE=1, DOUALA=2, GAROUA/MAROUA/ BAFOUSSAM/BAMENDA/NGAOUNDÉRE=3 AUTRES VILLES =4, RURAL=5	RÉGION GRAPPE STRUCTURE MÉNAGE MILIEU RÉSIDENCE <table border="1" style="float: right; margin-top: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																		
<b>VISITES D'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE</b>																			
	1	2	3	VISITE FINALE															
DATE				JOUR ..... MOIS ..... ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>2</td><td>0</td></tr> </table> CODE ENQU. .... RÉSULTAT .....	2	0													
2	0																		
NOM ENQUÊTEUR/ ENQUÊTRICE				RÉSULTAT ..... RÉSULTAT .....															
RÉSULTAT*				RÉSULTAT .....															
PROCHAINE DATE VISITE: HEURE				NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> </table>															
*CODES RÉSULTATS: 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ (PRÉCISER)				TOTAL DANS LE MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>  TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>															
LANGUE DU QUESTIONNAIRE 1=FRANÇAIS 2=ANGLAIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td></tr> </table> LANGUE DE L'INTERVIEW** _____ INTERPRETE ? OUI=1 NON= 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>				1			N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR QUESTIONNAIRE MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>												
1																			
**Code 1 FRANCAIS/2 ANGLAIS/ 3 FUFULDE/ 4 EWONDO/ 5 PIDGIN/ 6AUTRES																			
SUPERVISEUR NOM _____ DATE _____	CHEF D'ÉQUIPE NOM _____ DATE _____	CONTRÔLE BUREAU <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			SAISI PAR _____ <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>														



ENQUÊTE NATIONALE SUR LE PALUDISME - ENP 2011

Les informations collectées au cours de cette enquête sont strictement confidentielles au terme de la loi N° 91/023 du 16 décembre 1991 sur les recensements et enquêtes statistiques.

QUESTIONNAIRE MENAGE

NOM DE LA LOCALITÉ _____ NOM DU DISTRICT DE SANTE _____ NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ RÉGION _____ NUMÉRO DE LA GRAPPE ..... NUMÉRO DE LA STRUCTURE ..... NUMERO SEQUENTIEL DU MÉNAGE DANS LA GRAPPE ..... URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) ..... YAOUNDE=1, DOUALA=2, GAROUA/MAROUA/ BAFOUSSAM/BAMENDA/NGAOUNDÉRE=3 AUTRES VILLES =4, RURAL=5	RÉGION <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> GRAPPE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> STRUCTURE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MILIEU <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> RÉSIDENCE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>													
<b>VISITES D'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE</b>														
	1	2	3	VISITE FINALE										
DATE				JOUR ..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
NOM ENQUÊTEUR/ ENQUÊTRICE				MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
RÉSULTAT*				ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>	2	0								
2	0													
PROCHAINE DATE VISITE:				CODE ENQU. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
HEURE				RÉSULTAT ..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
*CODES RÉSULTATS: 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ (PRÉCISER)				NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
LANGUE DU QUESTIONNAIRE 1=FRANÇAIS 2=ANGLAIS				TOTAL DANS LE MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
LANGUE DE L'INTERVIEW** _____				TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
INTERPRETE ? OUI=1 NON= 2				N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR QUESTIONNAIRE MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
**Code 1 FRANCAIS/2 ANGLAIS/ 3 FUFULDE/ 4 EWONDO/ 5 PIDGIN/ 6AUTRES														
SUPERVISEUR	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR											
NOM _____	NOM _____	_____	_____											
DATE _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				DATE _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				_____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			_____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			



CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour pour le Ministère de Santé Publique. Nous effectuons en ce moment en collaboration avec l'Institut National de la Statistique, une étude nationale sur le paludisme. Nous souhaiterions que vous participiez à cette étude. L'entretien dure habituellement entre 20 et 25 minutes.

Dans le cadre de cette étude, nous voudrions tout d'abord vous poser quelques questions sur votre ménage. Toutes les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. La participation à cette enquête est totalement volontaire. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne souhaitez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante, ou vous pouvez interrompre l'interview à n'importe quel moment. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est particulièrement importante.

Avez-vous des questions à me poser sur l'enquête ?

Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTÉ: \_\_\_\_\_

SI L'ENQUÊTÉ NE SAIT PAS SIGNER, METTRE UNE CROIX

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEURICE/ENQUÊTEUR:  
\_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

POUR ATTESTER QUE LE CONSENTEMENT A ÉTÉ LU ET QUE LA RÉPONSE ENREGISTRÉE CI-DESSOUS EST EXACTE

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE DE RÉPONDRE. .... 1    L'ENQUÊTÉ REFUSE DE RÉPONDRE. .... 2 → FIN



SECTION 2. INFORMATION GENERALE SUR LE MENAGE

LIGNE NO	RESIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MENAGE	SEXE	RESIDENCE HABITUELLE		AGE
201	202	203	204	205	206	207
	<p>S'il vous plaît donnez-moi les noms des personnes qui vivent d'habitude dans votre ménage et les hôtes du ménage qui ont passé la dernière nuit ici, en commençant par le chef du ménage.</p> <p>Après avoir fait la liste des noms et enregistrez le lien ou le sexe de chaque personne, Posez les questions 202A, 202B, et 202C pour être sûr que la liste est complète.</p> <p>Après posez des questions appropriées dans les colonnes 205-217 pour chaque personne</p>	<p>Quel lien a (NOM) avec le chef de ménage?</p> <p>VOIR LES CODES EN BAS.</p>	<p>(NOM) est masculin ou féminin?</p>	<p>(NOM) vit d'habitude ici?</p>	<p>(NOM) a passé la dernière nuit ici?</p>	<p>(NOM) a quel âge?</p> <p>âge 5+ <b>ALLEZ A 213</b></p>
01		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	<input type="text"/> 5+ → 213
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/> 5+ → 213
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/> 5+ → 213
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/> 5+ → 213
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/> 5+ → 213
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/> 5+ → 213
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/> 5+ → 213
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/> 5+ → 213
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/> 5+ → 213
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/> 5+ → 213
11		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/> 5+ → 213
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/> 5+ → 213

**202A** Juste pour m'assurer que j'ai une liste complète. Y a-t-il d'autres personnes comme des petits enfants ou des nourrissons que je n'ai pas inclus dans la liste?

1=oui < AJOUTEZ AU TABLEAU 2=non

**202B** Y a-t-il d'autres personnes qui ne sont pas membres de votre famille, comme les domestiques, locataires ou amis qui vivent d'habitude ici?

1=oui < AJOUTEZ AU TABLEAU 2=non

**202C** Y a-t-il des hôtes ou visiteurs temporaires qui restent ici, ou toute autre personne qui a passé la dernière nuit ici, qui ne sont pas inclus dans la liste?

1=oui < AJOUTEZ AU TABLEAU 2=non

**CODES DE QUESTION 203:  
LIEN AVEC LE CHEF DE MENAGE**

- |                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 01 = CHEF                     | 09 = NIECE/NEVEU DIRECT       |
| 02 = EPOUSE OU MARI           | 10 = NIECE/NEVEU PAR ALLIANCE |
| 03 = FILS OU FILLE            | 11 = AUTRE PARENTE            |
| 04 = BEAU FILS OU BELLE FILLE | 12 = ADOPTE/PLACE/ENFANT DE   |
| 05 = PETIT-FILS/PETITE FILLE  | LA FEMME/MARI                 |
| 06 = PARENT                   | 13 = PAS DE PARENTE           |
| 07 = BEAU PARENT              | 98 = NE SAIS PAS              |
| 08 = FRERE OU SCEUR           |                               |

LIGNE NO	SI AGE EST < 5 ANS					SI ÂGÉ DE 3 ANS OU PLUS A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		ELIGIBILITE FEMME	ELIGIBILITE ENFANT	ACTUELLEMENT ENCEINTE ?
	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217
	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	Est-ce que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage? <b>SI OUI:</b> INSCRIRE LE N° DE LIGNE <b>SI NON:</b> INSCRIRE 00	Est-ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie?	Est-ce que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage? <b>SI OUI:</b> INSCRIRE LE N° DE LIGNE <b>SI NON:</b> INSCRIRE 00	Qui est la mère ou la personne en charge de l'enfant dans ce ménage?  ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE LA MERE/ PERSONNE EN CHARGE	(NOM) a-t-elle fréquenté l'école? ou l'école maternelle/CPC?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint?  VOIR CODES CI-DESSOUS Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau?	ENCERCLEZ LE NUMERO DE LA LIGNE DE TOUTES LES FEMMES AGEES DE 15-49 (q.204 & 207)	ENCERCLEZ LE NUMERO DE LA LIGNE DE TOUS LES ENFANTS AGEES DE 0-5 (q.204 & 207)	POUR LES FEMMES ÉLIGIBLES, DEMANDER : (NOM) est-elle actuellement enceinte ?
01	O N NSP 1 2 8 → 210		O N NSP 1 2 8 → 212			O N 1 2 ↓ 215	NIVEAU CLASSE [ ] [ ]	01	01	O N NSP 1 2 8
02	1 2 8 → 210		1 2 8 → 212			1 2 ↓ 215	[ ] [ ]	02	02	O N NSP 1 2 8
03	1 2 8 → 210		1 2 8 → 212			1 2 ↓ ALLER 32	[ ] [ ]	03	03	O N NSP 1 2 8
04	1 2 8 → 210		1 2 8 → 212			1 2 ↓ 215	[ ] [ ]	04	04	O N NSP 1 2 8
05	1 2 8 → 210		1 2 8 → 212			1 2 ↓ 215	[ ] [ ]	05	05	O N NSP 1 2 8
06	1 2 8 → 210		1 2 8 → 212			1 2 ↓ ALLER 32	[ ] [ ]	06	06	O N NSP 1 2 8
07	1 2 8 → 210		1 2 8 → 212			1 2 ↓ 215	[ ] [ ]	07	07	O N NSP 1 2 8
08	1 2 8 → 210		1 2 8 → 212			1 2 ↓ 215	[ ] [ ]	08	08	O N NSP 1 2 8
09	1 2 8 → 210		1 2 8 → 212			1 2 ↓ 215	[ ] [ ]	09	09	O N NSP 1 2 8
10	1 2 8 → 210		1 2 8 → 212			1 2 ↓ 215	[ ] [ ]	10	10	O N NSP 1 2 8
11	1 2 8 → 210		1 2 8 → 212			1 2 ↓ 215	[ ] [ ]	11	11	O N NSP 1 2 8
12	1 2 8 → 210		1 2 8 → 212			1 2 ↓ 215	[ ] [ ]	12	12	O N NSP 1 2 8

NIVEAU	PRÉSCO-LAIRE=0	PRIMAIRE = 1	SECONDAIRE 1er Cycle = 2	SECONDAIRE 2nd Cycle = 3	SUPÉRIEUR = 4	NSP=8
CLASSE	1	MOINS 1 AN. = 0 SIL/Class1 = 1 CP/CPS/class2 = 2 CE1/Class3 = 3 CE2/Class4 = 4 CM1/Class5 = 5 CM2/Class6/7 = 6 NSP = 8	Moins 1 an = 0 6è/1ère A.T/Form 1 = 1 5è/2è A.T/Form 2 = 2 4è/3è A.T/Form 3 = 3 3è/4è A.T/Form4 = 4 NSP = 8	Moins 1 An. = 0 2nde G ou T/Form 5 = 1 1ère G ou T/Lower 6 = 2 Terminale G ou T/Upper 7 = 3 NSP = 8	Moins 1 An. = 0 1è année = 1 2è année = 2 3è année = 3 4è an. ou + = 4 NSP = 8	

### SECTION 3. CARACTERISTIQUES DU MENAGE

Maintenant, j'ai quelques questions sur votre ménage.

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CATEGORIES CODES	ALLEZ A
301	Quelle est la principale source d'eau à boire pour les membres de votre ménage?	<b>EAU DU ROBINET</b> ROBINET DANS LE LOGEMENT 11 ROBINET DANS LA CONCESSION 12 ROBINET PUBLIC/POINT D'ALIMENTATION 13 <b>PUITS A POMPE OU FORAGE</b> 21 <b>PUITS CREUSE</b> Puits PROTEGE 31 Puits NON PROTEGE 32 <b>EAU DE SOURCE</b> SOURCE PROTEGEE 41 SOURCE NON PROTEGEE 42 <b>EAU DE PLUIE</b> 51 <b>CAMION CITERNE</b> 61 <b>CHARRIOT AVEC PETITE CITERNE</b> 71 <b>EAU DE SURFACE (RIVIERE/BARRAGE/LAC</b> MARE/FLEUVE/CANAL D'IRRIGATION) 81 AUTRE _____ 96 (PRECISEZ)	
302	Faites-vous quelque chose pour rendre l'eau plus saine avant de la boire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SURE/NSP ..... 8	→ 308
303	Que faites-vous habituellement pour rendre l'eau plus saine a boire?  Autre chose?  ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES	FAIRE BOUILLIR A AJOUTER L'EAU DE JAVEL/CHLORE B PASSER DANS UN LINGE C UTILISER UN FILTRE A EAU (CERAMIQUE/SABLE/COMPOSITE) D DESINFECTION SOLAIRE (FIXE DANS LE SOLEIL) E LAISSEZ-LE REPOSER ET DE REGLER F AUTRE _____ X (PRECISEZ) PAS SURE/NSP Z	
304	Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent d'habitude?	<b>TOILETTE AVEC CHASSE EAU/CHASSE MANUELLE</b> CHASSE D'EAU CONNECTEE A UN SYSTEME D'EGOUT 11 A UNE FOSSE SEPTIQUE 12 A DES LATRINES 13 A QUELQUE CHOSE D'AUTRE 14 A NE SAIT PAS OU 15 <b>FOSSE/LATRINES</b> LATRINES AMELIOREES AUTO-AEREES (LAA) 21 LATRINES AVEC DALLE 22 LATRINES SANS DALLE/ TROU OUVERT 23 <b>LATRINE A COMPOSTAGE</b> 31 <b>TINETTE/LATRINE MOBILE</b> 41 <b>TOILETTE A SEAU</b> 42 <b>PAS DE TOILETTES/NATURE</b> 51 AUTRE _____ 96 (PRECISEZ)	→ 306
305	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
306	<u>PRINCIPAL</u> MATERIAU DU SOL  ENREGISTRER L'OBSERVATION	<b>SOL NATUREL (TERRE/SABLE/FUMIER)</b> 11 <b>SOL RUDIMENTAIRE (PLANCHE EN BOIS/BAMBOO)</b> 21 <b>SOL FINI</b> PARQUET OU BOIS POLI ..... 31 VINYL OU RUBAN D'ASPHALTE 32 CARREAUX ..... 33 CIMENT ..... 34 AUTRE _____ 96 (PRECISEZ)	
307	<u>MATERIAU PRINCIPAL</u> DU TOIT.  ENREGISTREZ VOTRE OBSERVATION.	<b>TOIT NATUREL</b> SANS TOIT ..... 11 CHAUME/PAILLE ..... 12 GAZON ..... 13 <b>TOIT RUDIMENTAIRE</b> BAMBOO/PLANCHE EN BOIS/CARTON ..... 21 <b>TOIT FINI</b> TOLE EN ZINC/EN FER ..... 31 TUILES ..... 34 CIMENT ..... 35 AUTRE _____ 96 (PRECISEZ)	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CATEGORIES CODES	ALLEZ A																																				
308	MATERIAU PRINCIPAL DU MUR ENREGISTREZ VOTRE OBSERVATION.	<b>MURS NATURELS</b> SANS MURS ..... 11 BOIS.PALMES ET BAMBOUS NATURELS/CANNE A SUC ..... 12 TERRE ..... 13 <b>MURS RUDIMENTAIRES</b> BAMBOO AVEC MORTIER ..... 21 PIERRE MORTIER ..... 22 ADOBE NON COUVERTE ..... 23 CONTRE-PLAQUE ..... 24 CARTON ..... 25 BOIS DE REEMPLOI ..... 26 <b>MURS FINI</b> CIMENT ..... 31 PIERRE AVEC CHAUX/CIMENT ..... 32 BRIQUES ..... 33 BLOCS CIMENT ..... 34 ADOBE COUVERTE/BAMBOU AVEC MORTIER CIMENT ..... 35 PLANCHE EN BOIS/BARDEAU ..... 36 AUTRE ..... 96 (PRECISEZ)																																					
309	TYPE DE FENETRES. ENREGISTREZ VOTRE OBSERVATION.	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:right;"><b>OUI</b></td> <td style="text-align:right;"><b>NON</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AVEC FENETRES .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> <td rowspan="6" style="vertical-align:middle;">→ 310</td> </tr> <tr> <td>FENETRES AVEC VITRE .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>FENETRES AVEC PARAVENT .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>FENETRES AVEC RIDEAU .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>OU VOLETS .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>FENETRES EN BOIS .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> </table>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>		AVEC FENETRES .....	1	2	→ 310	FENETRES AVEC VITRE .....	1	2	FENETRES AVEC PARAVENT .....	1	2	FENETRES AVEC RIDEAU .....	1	2	OU VOLETS .....	1	2	FENETRES EN BOIS .....	1	2														
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>																																					
AVEC FENETRES .....	1	2	→ 310																																				
FENETRES AVEC VITRE .....	1	2																																					
FENETRES AVEC PARAVENT .....	1	2																																					
FENETRES AVEC RIDEAU .....	1	2																																					
OU VOLETS .....	1	2																																					
FENETRES EN BOIS .....	1	2																																					
310	Dans votre ménage, y-a-t-il:	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:right;"><b>OUI</b></td> <td style="text-align:right;"><b>NON</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A L'électricité?</td> <td style="text-align:right;">A ELECTRICITE .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>B Une radio?</td> <td style="text-align:right;">B RADIO .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>C Un téléviseur?</td> <td style="text-align:right;">C TELEVISEUR .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>D Un ordinateur?</td> <td style="text-align:right;">D ORDINATEUR .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>E Un téléphone fixe?</td> <td style="text-align:right;">E TELEPHONE FIXE .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>F Un réfrigérateur?</td> <td style="text-align:right;">F REFRIGERATEUR .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>G Un réchaud/cuisinière à gaz électrique?</td> <td style="text-align:right;">G RECHAUD/CUISINIERE .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>H Le câble/antenne parabolique</td> <td style="text-align:right;">H CABLE/ANTENNE PARABOLIQUE .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> </table>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>		A L'électricité?	A ELECTRICITE .....	1	2	B Une radio?	B RADIO .....	1	2	C Un téléviseur?	C TELEVISEUR .....	1	2	D Un ordinateur?	D ORDINATEUR .....	1	2	E Un téléphone fixe?	E TELEPHONE FIXE .....	1	2	F Un réfrigérateur?	F REFRIGERATEUR .....	1	2	G Un réchaud/cuisinière à gaz électrique?	G RECHAUD/CUISINIERE .....	1	2	H Le câble/antenne parabolique	H CABLE/ANTENNE PARABOLIQUE .....	1	2	
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>																																					
A L'électricité?	A ELECTRICITE .....	1	2																																				
B Une radio?	B RADIO .....	1	2																																				
C Un téléviseur?	C TELEVISEUR .....	1	2																																				
D Un ordinateur?	D ORDINATEUR .....	1	2																																				
E Un téléphone fixe?	E TELEPHONE FIXE .....	1	2																																				
F Un réfrigérateur?	F REFRIGERATEUR .....	1	2																																				
G Un réchaud/cuisinière à gaz électrique?	G RECHAUD/CUISINIERE .....	1	2																																				
H Le câble/antenne parabolique	H CABLE/ANTENNE PARABOLIQUE .....	1	2																																				
311	Combien de pièces dans ce ménage sont utilisées pour dormir?	NOMBRE DES PIECES	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>																																				
311A	Combien de places dans ce ménage sont utilisées pour dormir?	NOMBRE DES PLACES	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>																																				
312	Est-ce qu'un membre de votre ménage Possède:	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:right;"><b>OUI</b></td> <td style="text-align:right;"><b>NON</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A Une montre?</td> <td style="text-align:right;">A MONTRE .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>B Un vélo?</td> <td style="text-align:right;">B VELO .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>C Une moto ou scooter?</td> <td style="text-align:right;">C MOTO/SCOOTER .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>D Un panier à traction animale?</td> <td style="text-align:right;">D PANIER A TRACTION ANIMAL .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>E Une voiture ou un camion?</td> <td style="text-align:right;">E VOITURE/CAMION .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>F Une connexion internet à domicile?</td> <td style="text-align:right;">F CONNEXION INTERNET .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>G Un téléphone mobile?</td> <td style="text-align:right;">G TELEPHONE MOBILE .....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> </table>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>		A Une montre?	A MONTRE .....	1	2	B Un vélo?	B VELO .....	1	2	C Une moto ou scooter?	C MOTO/SCOOTER .....	1	2	D Un panier à traction animale?	D PANIER A TRACTION ANIMAL .....	1	2	E Une voiture ou un camion?	E VOITURE/CAMION .....	1	2	F Une connexion internet à domicile?	F CONNEXION INTERNET .....	1	2	G Un téléphone mobile?	G TELEPHONE MOBILE .....	1	2					
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>																																					
A Une montre?	A MONTRE .....	1	2																																				
B Un vélo?	B VELO .....	1	2																																				
C Une moto ou scooter?	C MOTO/SCOOTER .....	1	2																																				
D Un panier à traction animale?	D PANIER A TRACTION ANIMAL .....	1	2																																				
E Une voiture ou un camion?	E VOITURE/CAMION .....	1	2																																				
F Une connexion internet à domicile?	F CONNEXION INTERNET .....	1	2																																				
G Un téléphone mobile?	G TELEPHONE MOBILE .....	1	2																																				
313	Est-ce ce ménage dispose de son propre bétail, troupeaux, autres animaux de ferme ou de la volaille?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 315																																				
314	Combien d'animaux suivants dispose votre ménage?	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>A Nombre de bovins?</td> <td style="text-align:right;">A BOVINS .....</td> <td><input style="width:30px; height:20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>B Nombre de chevaux, des ânes ou des mulets?</td> <td style="text-align:right;">B CHEVAUX, ANES, MULETS .....</td> <td><input style="width:30px; height:20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>C Nombre de porcs</td> <td style="text-align:right;">C PORCS .....</td> <td><input style="width:30px; height:20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>D Nombre de poulets</td> <td style="text-align:right;">D POULETS .....</td> <td><input style="width:30px; height:20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>E Nombre de chèvres</td> <td style="text-align:right;">E CHEVRES .....</td> <td><input style="width:30px; height:20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>F Nombre de moutons</td> <td style="text-align:right;">F MOUTONS.....</td> <td><input style="width:30px; height:20px;" type="text"/></td> </tr> </table>	A Nombre de bovins?	A BOVINS .....	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	B Nombre de chevaux, des ânes ou des mulets?	B CHEVAUX, ANES, MULETS .....	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	C Nombre de porcs	C PORCS .....	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	D Nombre de poulets	D POULETS .....	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	E Nombre de chèvres	E CHEVRES .....	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>	F Nombre de moutons	F MOUTONS.....	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>																			
A Nombre de bovins?	A BOVINS .....	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>																																					
B Nombre de chevaux, des ânes ou des mulets?	B CHEVAUX, ANES, MULETS .....	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>																																					
C Nombre de porcs	C PORCS .....	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>																																					
D Nombre de poulets	D POULETS .....	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>																																					
E Nombre de chèvres	E CHEVRES .....	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>																																					
F Nombre de moutons	F MOUTONS.....	<input style="width:30px; height:20px;" type="text"/>																																					



NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CATEGORIES CODES	ALLEZ A
315	Au cours des 12 derniers mois, quelqu'un a-t-il pulvérisé les murs intérieurs de votre logement contre les moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 3	→ 318
316	Depuis combien de temps l'intérieur de votre logement a-il été pulvérisé ? SI MOINS D'UN MOIS, ENREGISTRER, '00' MOIS.	Mois ..... <input type="text"/>	
317	Qui a pulvérisé les murs de votre logement ?	EMPLOYÉ/PROGRAMME GOUVERNEMENTAL ..... 1 COMPAGNIE PRIVÉE ..... 2 MEMBRE DU MÉNAGE ..... 2 AUTRE ..... 6 ( A PRECISER) NE SAIT PAS ..... 8	
318	Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui sont utilisées pour dormir ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 320
319	Pourquoi votre ménage ne possède-t-il de moustiquaire ?	PAS D'ARGENT ..... 1 NE CONNAIT PAS DE MOUSTIQUAIRES ..... 2 N'AIME PAS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	→ 323
320	Combien de moustiquaires avez-vous dans votre ménage ?	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES <input type="text"/>	
321	Les membres de votre ménage dorment-ils sous une moustiquaire de façon continue toute l'année ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS ..... 8	→ 323
322	Pourquoi les membres de votre ménage ne dorment-ils pas sous une moustiquaire de façon continue toute l'année ?	PAS BEAUCOUP DE MOUSTIQUES ..... 1 À CAUSE DE LA CHALEUR ..... 2 SENSATION D'ETOUFFEMENT ..... 3 N'AIME PAS ..... 4 PAR OUBLI/NÉGLIGENCE ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS ..... 8	
323	Y a-t-il un cours d'eau non aménagé (ruisseau, rivière, fleuve, marécage, lac, ...) au voisinage de ce logement (dans un rayon de 100 m) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
324	Y a-t-il un champ ou un terrain non défriché au voisinage de ce logement (dans un rayon de 100 m) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

**SECTION 4. TRAITEMENT DE FIEVRE ET MALARIA**

NOTER DANS LE TABLEAU LE NUMERO DE LIGNE ET LE NOM DE CHAQUE ENFANT VIVANT NÉ EN L'AN 2006 OU PLUS TARD.  
 (S'IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS VIVANTS NÉS EN L'AN 2006 OU PLUS TARD, UTILISER DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).  
 Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur la santé de tous vos enfants qui sont âgés de moins de 5 ans. (Nous parlerons d'un enfant à la fois.)  
**Les questions doivent être posées à la mère de chaque enfant ou à la personne en charge de l'enfant**

401	VERIFIER 201,202 ET 216 : A PARTIR DU TABLEAU MENAGE: No DE LIGNE DE L'ENFANT NOM DE L'ENFANT DE 0-5 ANS	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> NOM _____	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> NOM _____	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> NOM _____
402	VERIFIER 212: N° DE LA MERE/ PERSONNE EN CHARGE NOM DE LA MERE/PERSONNE EN CHARGE	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> NOM _____	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> NOM _____	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> NOM _____
402A	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... MOIS ..... ANNEE ..... <input type="text"/>	JOUR ..... MOIS ..... ANNEE ..... <input type="text"/>	JOUR ..... MOIS ..... ANNEE ..... <input type="text"/>
402B	VÉRIFIER 402A ENFANT NÉ EN JANVIER 2006 OU PLUS TARD OU MOINS DE 60 MOIS?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 402A, ENFANT SUIV.; SI PAS D'AUTRE ENFANT ALLER À 501)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 402A, ENFANT SUIV.; SI PAS D'AUTRE ENFANT ALLER À 501)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 402A, ENFANT SUIV.; SI PAS D'AUTRE ENFANT ALLER À 501)
403	(NOM) a-t-il fait la fièvre à un moment quelconque au cours les 2 dernières semaines?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 401 POUR ENFANT SUIVANT, OU, SI DERNIER ENFANT, ALLER À LA SECT 5) NE SAIS PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 401 POUR ENFANT SUIVANT, OU, SI DERNIER ENFANT, ALLER À LA SECT 5) NE SAIS PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 401 POUR ENFANT SUIVANT, OU, SI DERNIER ENFANT, ALLER À LA SECT 5) NE SAIS PAS ..... 8
405	Avez-vous cherché le conseil ou le traitement de la maladie auprès d'une source quelconque?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ A 407)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ A 407)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ A 407)
406	Où avez-vous cherché le conseil ou le traitement? Ailleurs?  POSEZ DES QUESTIONS POUR IDENTIFIER LE TYPE DE LIEU ET ENCERCLEZ LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S).  SI INCAPABLE DE DETERMINER QUE L'HOSPITAL, CENTRE DE SANTE, OU CLINIQUE EST PUBLIC OU PRIVE, ECRIVEZ LE NOM DU LIEU.  (NOM DU(DES) LIEU (X))	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B RELAIS COMM ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE CONF / MISSION ..... G CABINET MEDICAL ..... H PHARMACIE ..... I AUTRE DE CE SECTEUR ..... J ..... K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. ..... L TRADI-PRATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N AUTRE ..... X (PRECISEZ)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B RELAIS COMM ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE CONF / MISSION ..... G CABINET MEDICAL ..... H PHARMACIE ..... I AUTRE DE CE SECTEUR ..... J ..... K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. ..... L TRADI-PRATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N AUTRE ..... X (PRECISEZ)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B RELAIS COMM ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE CONF / MISSION ..... G CABINET MEDICAL ..... H PHARMACIE ..... I AUTRE DE CE SECTEUR ..... J ..... K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. ..... L TRADI-PRATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N AUTRE ..... X (PRECISEZ)
406A	Combien de jours après le début de la fièvre avez-vous cherché le conseil ou le traitement la première fois pour (NOM)? SI LE MEME JOUR, ENREGISTREZ '00'	JOURS <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/>
407	(NOM) souffre-t-il encore de fièvre?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIS PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIS PAS ..... 8
407A	VERIFIEZ 407  CODE 1 ENCERCLE <input type="text"/> Depuis combien de jours la fièvre a-t-elle commencé ?  CODE 2 OU 8 ENCERCLE <input type="text"/> Pendant combien de temps la fièvre a-t-elle duré ?  SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER '00'.	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
408	(NOM) a-t-il pris des médicaments quelconques durant sa maladie?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 402A POUR ENFANT SUIVANT, OU, SI DERNIER ENFANT, ALLER À LA SECT 5) NE SAIS PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 402A POUR ENFANT SUIVANT, OU, SI DERNIER ENFANT, ALLER À LA SECT 5) NE SAIS PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 402A POUR ENFANT SUIVANT, OU, SI DERNIER ENFANT, ALLER À LA SECT 5) NE SAIS PAS ..... 8
409	Quels types de médicaments (NOM) a pris?  Autres médicaments?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST CITE.	<b>ANTI-PALUDIQUE</b> SP/FANSIDAR ..... A CHLOROQUINE ..... B AMODIAQUINE ..... C QUININE ..... D ACT ..... E (PRECISEZ) AUTRE ANTI-PALUDIQUE ..... F (PRECISEZ) <b>ANTIBIOTIQUES</b> CO-TRIMOXIZOLE ..... H AMOXICILINE ..... I <b>AUTRES MEDICAMENTS</b> ASPIRINE ..... J ACETAMINOPHENE/PARACETA. ..... K IBUPROFENE ..... L AUTRE ..... X (PRECISEZ) NE SAIS PAS ..... Z	<b>ANTI-PALUDIQUE</b> SP/FANSIDAR ..... A CHLOROQUINE ..... B AMODIAQUINE ..... C QUININE ..... D ACT ..... E (PRECISEZ) AUTRE ANTIMALARIA ..... F (PRECISEZ) <b>ANTIBIOTIQUES</b> CO-TRIMOXIZOLE ..... H AMOXICILINE ..... I <b>AUTRES MEDICAMENTS</b> ASPIRINE ..... J ACETAMINOPHENE/PARACETA. ..... K IBUPROFENE ..... L AUTRE ..... X (PRECISEZ) NE SAIS PAS ..... Z	<b>ANTI-PALUDIQUE</b> SP/FANSIDAR ..... A CHLOROQUINE ..... B AMODIAQUINE ..... C QUININE ..... D ACT ..... E (PRECISEZ) AUTRE ANTIMALARIA ..... F (PRECISEZ) <b>ANTIBIOTIQUES</b> CO-TRIMOXIZOLE ..... H AMOXICILINE ..... I <b>AUTRES MEDICAMENTS</b> ASPIRINE ..... J ACETAMINOPHENE/PARACETA. ..... K IBUPROFENE ..... L AUTRE ..... X (PRECISEZ) NE SAIS PAS ..... Z

401	VERIFIER 201,202 ET 216 : À PARTIR DU TABLEAU MENAGE: No DE LIGNE DE L'ENFANT NOM DE L'ENFANT DE 0-5 ANS	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> NOM _____	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> NOM _____	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> NOM _____
410	VERIFIEZ 409: AU MOINS UN CODE DE A à F ENCERCLÉ ?	OUI <input type="checkbox"/> NON (RETOURNER À 402A DANS COLONNE SUIVANTE ; OU SI DERNIER ENFANT ALLER À 501) <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON (RETOURNER À 402A DANS COLONNE SUIVANTE ; OU SI DERNIER ENFANT ALLER À 501) <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON (RETOURNER À 402A DANS COLONNE SUIVANTE ; OU SI DERNIER ENFANT ALLER À 501) <input type="checkbox"/>
411	VERIFIEZ 409: A-T-ON DONNE DU FANSIDAR (A)?	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 415) ←	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 415) ←	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 415) ←
412	Combien de temps après le début de la fièvre (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la SP/Fansidar ?	MEME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS APRES ..... 3 QUATRE JOURS APRES OU + ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8	MEME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS APRES ..... 3 QUATRE JOURS APRES OU + ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8	MEME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS APRES ..... 3 QUATRE JOURS APRES OU + ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8
413	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de la SP/Fansidar ?  SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8
414	Où avez-vous obtenu le (NOM DE ANTIPALUDIQUES)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B AGENT DE SANTE ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... G CONF./ MISSION ..... H CABINET MEDICAL ..... I PHARMACIE ..... J AUTRE DE CE SECTEUR ..... K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. .... L TRADI-PATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... O MAISON ..... P AUTRE ..... X (PRECISEZ)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B AGENT DE SANTE ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... G CONF./ MISSION ..... H CABINET MEDICAL ..... I PHARMACIE ..... J AUTRE DE CE SECTEUR ..... K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. .... L TRADI-PATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... O MAISON ..... P AUTRE ..... X (PRECISEZ)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B AGENT DE SANTE ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... G CONF./ MISSION ..... H CABINET MEDICAL ..... I PHARMACIE ..... J AUTRE DE CE SECTEUR ..... K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. .... L TRADI-PATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... O MAISON ..... P AUTRE ..... X (PRECISEZ)
415	VERIFIEZ 409: A-T-ON DONNE DU CHLOROQUINE (B)?	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 419) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 419) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 419) ←
416	Combien de temps après le début de la fièvre (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la chloroquine ?	MEME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS APRES ..... 3 QUATRE JOURS APRES OU + ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8	MEME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS APRES ..... 3 QUATRE JOURS APRES OU + ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8	MEME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS APRES ..... 3 QUATRE JOURS APRES OU + ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8
417	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de la chloroquine ?  SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8
418	Où avez-vous obtenu la chloroquine ?	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B AGENT DE SANTE ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... G CONF./ MISSION ..... H CABINET MEDICAL ..... I PHARMACIE ..... J AUTRE DE CE SECTEUR ..... K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. .... L TRADI-PATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... O MAISON ..... P AUTRE ..... X (PRECISEZ)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B AGENT DE SANTE ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... G CONF./ MISSION ..... H CABINET MEDICAL ..... I PHARMACIE ..... J AUTRE DE CE SECTEUR ..... K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. .... L TRADI-PATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... O MAISON ..... P AUTRE ..... X (PRECISEZ)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B AGENT DE SANTE ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... G CONF./ MISSION ..... H CABINET MEDICAL ..... I PHARMACIE ..... J AUTRE DE CE SECTEUR ..... K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. .... L TRADI-PATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... O MAISON ..... P AUTRE ..... X (PRECISEZ)

401	VERIFIER 201,202 ET 216 : À PARTIR DU TABLEAU MENAGE: No DE LIGNE DE L'ENFANT NOM DE L'ENFANT DE 0-5 ANS	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> NOM _____	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> NOM _____	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> NOM _____
419	VÉRIFIER 409 : A-T-ON DONNÉ DU AMODIAQUINE (C)?	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 423) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 423) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 423) ←
420	Combien de temps après le début de la fièvre (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ?	MEME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS APRES ..... 3 QUATRE JOURS APRES OU + ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8	MEME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS APRES ..... 3 QUATRE JOURS APRES OU + ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8	MEME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS APRES ..... 3 QUATRE JOURS APRES OU + ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8
421	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de l'amodiaquine ?  SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8
422	Où avez-vous obtenu l'amodiaquine ?	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B AGENT DE SANTE ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE CONF./ MISSION ..... G CABINET MEDICAL ..... H PHARMACIE ..... I AUTRE DE CE SECTEUR ..... J K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. .... L TRADI-PATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... O MAISON ..... P AUTRE ..... X (PRECISEZ)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B AGENT DE SANTE ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE CONF./ MISSION ..... G CABINET MEDICAL ..... H PHARMACIE ..... I AUTRE DE CE SECTEUR ..... J K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. .... L TRADI-PATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... O MAISON ..... P AUTRE ..... X (PRECISEZ)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B AGENT DE SANTE ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE CONF./ MISSION ..... G CABINET MEDICAL ..... H PHARMACIE ..... I AUTRE DE CE SECTEUR ..... J K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. .... L TRADI-PATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... O MAISON ..... P AUTRE ..... X (PRECISEZ)
423	VÉRIFIER 409 : A-T-ON DONNÉ DU QUININE (D)?	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 427) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 427) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 427) ←
424	Combien de temps après le début de la fièvre (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ?	MEME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS APRES ..... 3 QUATRE JOURS APRES OU + ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8	MEME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS APRES ..... 3 QUATRE JOURS APRES OU + ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8	MEME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS APRES ..... 3 QUATRE JOURS APRES OU + ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8
425	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de la quinine ?  SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8
426	Où avez-vous obtenu la quinine ?	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B AGENT DE SANTE ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE CONF./ MISSION ..... G CABINET MEDICAL ..... H PHARMACIE ..... I AUTRE DE CE SECTEUR ..... J K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. .... L TRADI-PATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... O MAISON ..... P AUTRE ..... X (PRECISEZ)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B AGENT DE SANTE ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE CONF./ MISSION ..... G CABINET MEDICAL ..... H PHARMACIE ..... I AUTRE DE CE SECTEUR ..... J K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. .... L TRADI-PATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... O MAISON ..... P AUTRE ..... X (PRECISEZ)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B AGENT DE SANTE ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE CONF./ MISSION ..... G CABINET MEDICAL ..... H PHARMACIE ..... I AUTRE DE CE SECTEUR ..... J K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. .... L TRADI-PATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... O MAISON ..... P AUTRE ..... X (PRECISEZ)

401	VERIFIER 201,202 ET 216 : À PARTIR DU TABLEAU MENAGE: No DE LIGNE DE L'ENFANT NOM DE L'ENFANT DE 0-5 ANS	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> NOM _____	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> NOM _____	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> NOM _____
427	VERIFIER 409 : A-T-ON DONNÉ DU ACT (E)?	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 431) ←	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 431) ←	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 431) ←
428	Combien de temps après le début de la fièvre (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'ACT ?	MEME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS APRES ..... 3 QUATRE JOURS APRES OU + ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8	MEME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS APRES ..... 3 QUATRE JOURS APRES OU + ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8	MEME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS APRES ..... 3 QUATRE JOURS APRES OU + ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8
429	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de l'ACT ?  SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8
430	Où avez-vous obtenu l'ACT ?	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B AGENT DE SANTE ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE CONF / MISSION ..... G CABINET MEDICAL ..... H PHARMACIE ..... I AUTRE DE CE SECTEUR ..... J ..... K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. .... L TRADI-PATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... O MAISON ..... P AUTRE ..... X (PRECISEZ)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B AGENT DE SANTE ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE CONF / MISSION ..... G CABINET MEDICAL ..... H PHARMACIE ..... I AUTRE DE CE SECTEUR ..... J ..... K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. .... L TRADI-PATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... O MAISON ..... P AUTRE ..... X (PRECISEZ)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B AGENT DE SANTE ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE CONF / MISSION ..... G CABINET MEDICAL ..... H PHARMACIE ..... I AUTRE DE CE SECTEUR ..... J ..... K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. .... L TRADI-PATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... O MAISON ..... P AUTRE ..... X (PRECISEZ)
431	VERIFIER 409: A-T-ON DONNÉ DU AUTRE ANTIPALUDEEN (F)?	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 435) ←	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 435) ←	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 435) ←
432	Combien de temps après le début de la fièvre (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDEEN) ?	MEME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS APRES ..... 3 QUATRE JOURS APRES OU + ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8	MEME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS APRES ..... 3 QUATRE JOURS APRES OU + ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8	MEME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS APRES ..... 3 QUATRE JOURS APRES OU + ..... 4 NE SAIS PAS ..... 8
433	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDEEN) ?  SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8
434	Où avez-vous obtenu (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDEEN)?	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B AGENT DE SANTE ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE CONF / MISSION ..... G CABINET MEDICAL ..... H PHARMACIE ..... I AUTRE DE CE SECTEUR ..... J ..... K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. .... L TRADI-PATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... O MAISON ..... P AUTRE ..... X (PRECISEZ)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B AGENT DE SANTE ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE CONF / MISSION ..... G CABINET MEDICAL ..... H PHARMACIE ..... I AUTRE DE CE SECTEUR ..... J ..... K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. .... L TRADI-PATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... O MAISON ..... P AUTRE ..... X (PRECISEZ)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CENTRE DE SANTE/CSI/PMI ..... B AGENT DE SANTE ..... C AUTRE DE CE SECTEUR ..... ..... D (PRECISEZ) <b>SECTEUR PRIVE</b> HOPITAL PRIVE CONF ..... E HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE PRIVE ..... F CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE CONF / MISSION ..... G CABINET MEDICAL ..... H PHARMACIE ..... I AUTRE DE CE SECTEUR ..... J ..... K (PRECISEZ) <b>AUTRE ENDROIT</b> VENDEUR INFORMEL MEDI. .... L TRADI-PATICIEN ..... M GIG/ONG SANTE ..... N RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... O MAISON ..... P AUTRE ..... X (PRECISEZ)
435		RETOURNER À 402A DANS LA COLONNE SUIVANTE, OU, SI DERNIER ENFANT, ALLER À 501	RETOURNER À 402A DANS LA COLONNE SUIVANTE, OU, SI DERNIER ENFANT, ALLER À 501	RETOURNER À 402A DANS LA COLONNE SUIVANTE, OU, SI DERNIER ENFANT, ALLER À 501

**TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS**

501	VÉRIFIER 216. INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE CHAQUE ENFANT ÂGÉ DE 0-5 À Q402. S'IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
502	N° DE LIGNE DE 201  NOM DE 202	N° DE LIGNE ... .. <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	N° DE LIGNE ... .. <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	N° DE LIGNE ... .. <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
503	COPIER LE JOUR, LE MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE À PARTIR DE 402A	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AN . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AN . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AN . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
505	VÉRIFIER 503: ENFANT NÉ EN JANVIER 2006 OU PLUS TARD OU MOINS DE 60 MOIS?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 503, ENFANT SUIV.; SI PAS D'AUTRE ENFANT ALLER À OBSERV) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 503, ENFANT SUIV.; SI PAS D'AUTRE ENFANT ALLER À OBSERV) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 503, ENFANT SUIV.; SI PAS D'AUTRE ENFANT ALLER À OBSERV) ←
505A	VERIFIER 503 : SI ENFANT ÂGÉ DE 0-5 MOIS, C.A.D., NÉ AU COURS DU MOIS DE L'INTERVIEW OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS ..... 1 (ALLER À 503, ENFANT SUIV.; SI PAS D'AUTRE ENF ALLER À OBSERV) ← 6 MOIS OU PLUS ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLER À 503, ENFANT SUIV.; SI PAS D'AUTRE ENF ALLER À OBSERV) ← 6 MOIS OU PLUS ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLER À 503, ENFANT SUIV.; SI PAS D'AUTRE ENF ALLER À OBSERV) ← 6 MOIS OU PLUS ..... 2
506	LIRE LE CONSENTEMENT POUR LE <b>PALUDISME</b> AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE. ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNER.	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNER) ← REFUSÉ ..... 2	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNER) ← REFUSÉ ..... 2	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNER) ← REFUSÉ ..... 2
507	<b>VÉRIFIER 506 ET PRÉPARER LES INSTRUMENTS NECESSAIRES . PUIS, EFFECTUER LE TEST. POUR CHAQUE ENFANT ÉLIGIBLE, LE CODE RÉSULTAT DU TEST DU PALUDISME DOIT ÊTRE ENREGISTRÉ À 508, MÊME SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, L'ENFANT N'ÉTAIT PAS PRÉSENT OU NE POUVAIT PAS ÊTRE TESTÉ POUR D'AUTRES RAISONS.</b>			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
508	CODE RESULTAT DU TEST DE PALUDISME	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6
509	RÉSULTAT DU TEST DU PALUDISME	POSITIF FALCIPARIUM 1 POSITIF AUTRES 2 NÉGATIF ..... 3 (ALLER À 503, ENFANT SUIV.; SI PAS D'AUTRE ENFANT ALLER OBSERV) ← AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARIUM 1 POSITIF AUTRES 2 NÉGATIF ..... 3 (ALLER À 503, ENFANT SUIV.; SI PAS D'AUTRE ENFANT ALLER OBSERV) ← AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARIUM 1 POSITIF AUTRES 2 NÉGATIF ..... 3 (ALLER À 503, ENFANT SUIV.; SI PAS D'AUTRE ENFANT ALLER OBSERV) ← AUTRE ..... 6
510	LIRE L'INFORMATION POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LE CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNER.	ACCORDÉ ..... 1  ACCORDÉ, MAIS PAS DE TRAITEMENT 2  _____ (SIGNER) ← REFUSÉ ..... 3	ACCORDÉ ..... 1  ACCORDÉ, MAIS PAS DE TRAITEMENT 2  _____ (SIGNER) ← REFUSÉ ..... 3	ACCORDÉ ..... 1  ACCORDÉ, MAIS PAS DE TRAITEMENT 2  _____ (SIGNER) ← REFUSÉ ..... 3

**RETOURNER À 503 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU DANS LA 1<sup>e</sup> COLONNE DU QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL. SI AUCUN AUTRE ENFANT , FIN.**

### DECLARATION DE CONSENTEMENT AU TEST DU PALUDISME POUR LES ENFANTS

Dans cette enquête, nous demandons que les enfants de moins de 6 ans dans tout le pays participent à un test pour voir s'ils ont le paludisme. Le paludisme est une maladie grave causée par un parasite transmis par les piqûres de moustiques.

Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à améliorer les programmes pour prévenir et traiter le paludisme.

Nous demandons que tous les enfants nés en 2006 ou plus tard participent au test du paludisme en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes de sang, on utilise des instruments propres et absolument sans risque. Ils n'ont jamais été utilisés auparavant et seront jetés après chaque prélèvement.

Le sang sera testé pour le diagnostic du paludisme et les résultats vous seront communiqués immédiatement. Les résultats sont confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête

Avez-vous des questions sur le test du paludisme?

Vous pouvez dire OUI pour le test, ou NON. C'est votre décision.

Autorisez-vous (NOM DE(S) L'ENFANT(S)) à participer au test pour le diagnostic du paludisme?

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

**SI LE TEST DE PARASITÉMIE PALUSTRE EST POSITIF:**

Le test pour le diagnostic du paludisme montre que votre enfant a le paludisme.

Nous pouvons vous offrir gratuitement des médicaments. Ces médicaments sont appelés CTA (Combinaison Thérapeutique d'Antipaludéens). Les ACT sont très efficaces et devront en quelques jours le/la débarrasser de la fièvre et d'autres symptômes. La CTA est également très sûre. Cependant, avec chaque médicament, il y a des effets secondaires, et ce médicament peut en avoir.

Les effets secondaires les plus communs sont le vertige, la fatigue, le manque d'appétit, les palpitations. La combinaison fixe ne devra pas être pris par des personnes qui ont un problème de coeur grave ou un paludisme sévère (par ex. cérébral) ou des problèmes régulant les sels du corps.

DEMANDER A OBTENIR LE CARNET DE SANTE DE L'ENFANT PUIS DEMANDER SI L'ENFANT SOUFFRE D'UN DE CES PROBLÈMES, DONT LA MÈRE A CONNAISSANCE; SI OUI, IL NE FAUT PAS OFFRIR LA CTA. EXPLIQUER LES RISQUES DU PALUDISME, ET RÉFÉRER L'ENFANT A L'ETABLISSEMENT SANITAIRE LE PUS PROCHE.

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

#### TRAITEMENT A CTA (Artésunate + Amodiaquine)

Poids (en Kg) - Age approximatif	Dosage *		
	Jour 1 (en une prise)	Jour 2 (en une prise)	Jour 3 (en une prise)
Moins de 9 kgs. (moins de 1 an)	1 comprimé (Artésunate 25mg + Amodiaquine 67.5 mg)	1 comprimé (Artésunate 25mg + Amodiaquine 67.5 mg)	1 comprimé (Artésunate 25mg + Amodiaquine 67.5 mg)
9 - Moins de 18 kgs. (1 à 5 ans)	1 comprimé (Artésunate 50mg + Amodiaquine 135 mg)	1 comprimé (Artésunate 50mg + Amodiaquine 135 mg)	1 comprimé (Artésunate 50mg + Amodiaquine 135 mg)

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

Si [NOM DE L'ENFANT] a un des symptômes suivants, vous devez l'amener immédiatement chez un professionnel de la santé pour recevoir des soins:

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

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR

A REMPLIR APRES AVOIR TERMINE L'INTERVIEW

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS SPECIFIQUES:

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES:

---

---

---

---

---

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU SUPERVISEUR: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_