



ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME - EIP 2011
QUESTIONNAIRE FEMME

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.

IDENTIFICATION																
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>															
NOM DU DISTRICT DE SANTÉ _____																
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																
RÉGION _____																
NUMÉRO DE LA GRAPPE _____																
NUMÉRO DE LA STRUCTURE _____																
NUMÉRO SEQUENTIEL DU MÉNAGE DANS LA GRAPPE _____																
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____																
VISITES D'ENQUÊTES																
	1	2	3	VISITE FINALE												
DATE _____	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>												
NOM DE L'ENQUÊTRICE _____	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>												
RÉSULTAT* _____	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>												
PROCHAINE: DATE VISITE _____	_____	_____		NO ENQUÊT. <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>												
HEURE _____	_____	_____		RÉSULTAT <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>												
				NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>												
*CODES RÉSULTAT																
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">1 REMPLI</td> <td style="width: 25%;">4 REFUSÉ</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>2 PAS À LA MAISON</td> <td>5 PARTIELLEMENT REMPLI</td> <td>7 AUTRE _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 DIFFÉRÉ</td> <td>6 INCAPACITÉ</td> <td></td> <td style="text-align: right;">(PRÉCISER)</td> </tr> </table>					1 REMPLI	4 REFUSÉ			2 PAS À LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI	7 AUTRE _____		3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ		(PRÉCISER)
1 REMPLI	4 REFUSÉ															
2 PAS À LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI	7 AUTRE _____														
3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ		(PRÉCISER)													
LANGUE DU QUESTIONNAIRE (FRANÇAIS=1 / ANGLAIS=2)				LANGUE QUESTION. <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</table>												
LANGUE DE INTERVIEW**				LANGUE INTERVIEW <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>												
INTERPRETE: (OUI=1 / NON=2)				INTERPRETE <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>												
**CODES LANGUE: 1=Français / 2=ANGLAIS / 3=FUFULDE / 4=EWONDO / 5=PIDGIN / 6=AUTRES																
SUPERVISEUR	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR													
NOM _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	NOM _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>													
DATE _____	DATE _____	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>													



ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME - EIP 2011
QUESTIONNAIRE FEMME

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.

IDENTIFICATION																
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>															
NOM DU DISTRICT DE SANTÉ _____																
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																
RÉGION _____																
NUMÉRO DE LA GRAPPE																
NUMÉRO DE LA STRUCTURE																
NUMERO SEQUENTIEL DU MÉNAGE DANS LA GRAPPE _____																
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____																
VISITES D'ENQUÊTRICES																
	1	2	3	VISITE FINALE												
DATE	_____	_____	_____	JOUR MOIS ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NO ENQUÊT. RÉSULTAT	2	0										
2	0															
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____													
RÉSULTAT*	_____	_____	_____													
PROCHAINE: DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												
<p>*CODES RÉSULTAT</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">1 REMPLI</td> <td style="width: 25%;">4 REFUSÉ</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>2 PAS À LA MAISON</td> <td>5 PARTIELLEMENT REMPLI</td> <td>7 AUTRE _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 DIFFÉRÉ</td> <td>6 INCAPACITÉ</td> <td></td> <td style="text-align: right;">(PRÉCISER)</td> </tr> </table>					1 REMPLI	4 REFUSÉ			2 PAS À LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI	7 AUTRE _____		3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ		(PRÉCISER)
1 REMPLI	4 REFUSÉ															
2 PAS À LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI	7 AUTRE _____														
3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ		(PRÉCISER)													
LANGUE DU QUESTIONNAIRE (FRANÇAIS=1 / ANGLAIS=2)				LANGUE QUESTION. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr></table>	1											
1																
LANGUE DE INTERVIEW**				LANGUE INTERVIEW <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												
INTERPRETE: (OUI=1 / NON=2)				INTERPRETE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												
**CODES LANGUE: 1=Français / 2=ANGLAIS / 3=FUFULDE / 4=EWONDO / 5=PIDGIN / 6=AUTRES																
SUPERVISEUR	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR													
NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					
DATE _____	DATE _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour le Ministère de la Santé. Nous effectuons actuellement une enquête nationale au cours de laquelle nous posons des questions aux femmes sur des problèmes qui concernent la santé. Nous souhaiterions vivement que vous participiez à cette enquête. Ces informations seront très utiles au gouvernement pour mettre en place des services de santé et lutter efficacement contre le paludisme. Cette enquête dure généralement entre 20 et 40 minutes. Les informations que vous nous fournirez sont strictement confidentielles et ne seront transmises à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.

La participation à cette enquête est volontaire et s'il arrivait que nous posions une question à laquelle vous ne souhaitez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. Vous pouvez aussi 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 pour nous.

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

Puis-je commencer l'entretien maintenant?

Signature de l'enquêtrice _____ Date: _____

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



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	

SI ÂGE INFÉRIEUR À 15 ANS OU SUPÉRIEUR À 49 ANS, ARRÊTER L'INTERVIEW

104	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI 1 NON 2	→ 108
105	Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous avez atteint : primaire, secondaire 1er cycle/2nd cycle ou supérieur?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1er CYCLE 2 SECONDAIRE 2ème CYCLE 3 SUPÉRIEUR 4	
106	Quelle est la dernière (classe/année) que vous avez achevée à ce niveau avec succès?*	ANNÉE/CLASSE <input type="text"/>	

Codes pour Q.106

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

SECTION 2. HISTOIRE DE NAISSANCE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CATEGORIES CODEES	ALLEZ A
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants? INCLUEZ SEULEMENT LES ENFANTS NES VIVANT (signe de respiration, cri, battement de coeur)	OUI 1 NON 2	→ 203
202	Avez-vous déjà mis au monde un garçon ou une fille vivant qui est mort après? SINON, INSISTER: Un bébé qui a pleuré ou manifesté des signes de vie mais qui n'a pas survécu?	OUI 1 NON 2	→ 301
203	Au total, combien d'enfants avez-vous eu dans votre vie?	TOTAL <input type="text"/>	
204	Certains de ces enfants sont-ils nés depuis janvier 2005?	OUI 1 NON 2	→ 301
204A	Au total, combien d'entre eux sont nés depuis janvier 2005?	TOTAL <input type="text"/>	
205	VERIFIEZ 204A POUR LES NAISSANCES DE DEPUIS JANVIER 2005: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES	PAS DE NAISSANCE <input type="text"/>	→ 301

Maintenant j'aimerais enregistrer les noms de toutes vos naissances depuis janvier 2005, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la dernière.

ENREGISTREZ LES NOMS DE NAISSANCES DANS 206. UNE FOIS QUE VOUS AVEZ FAIT LA LISTE DES NOMS, DEMANDEZ 207 ET ENREGISTREZ LES JUMENTS ET TRIPLETS SUR LIGNES SEPARÉES.

ENREGISTREZ SEULEMENT LES NAISSANCES DEPUIS JANVIER 2005. QUAND VOUS TERMINEZ, CONTINUEZ AVEC 301.

206	207	208	209	210	211	212	213	214	215
Quel nom était donné à votre (dernier/précédent) bébé? (NOM)	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple? SIMPLE ... 1 MULTIPLE ... 2	(NOM) est garçon ou fille? GARÇON 1 FILLE ... 2	En quel mois et quelle année (NOM) était né? DEMANDEZ: Quel est son anniversaire? JOURS <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNEES <input type="text"/>	(NOM) est encore en vie? OUI ... 1 NON ... 2 ↓ 214	Quel âge avait (nom) à son dernier anniversaire? ENREGISTREZ L'AGE EN ANNEES COMPLETES. AGE EN ANNEES <input type="text"/>	(Nom) vit avec vous? OUI ... 1 NON ... 2	ENREGISTREZ LE NUMERO DE LIGNE DU MENAGE DE L'ENFANT (ENREGISTREZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS DANS LA LISTE DU MENAGE) NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> (NAISSANCE PRECEDENTE)	(NOM) avait quel âge à sa mort? SI '1 ANNEE', DEMANDEZ: (NOM) avait combien de mois? ENREGISTREZ LES JOURS SI MOINS DE 1 MOIS; LES MOIS SI MOINS DE 2 ANS ANS; OU ANNEES. JOURS.....1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> ANNEES...3 <input type="text"/>	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA PRECEDENTE NAISSANCE) et (NOM), y compris tous les enfants qui sont morts après la naissance? OUI 1 AJOUTER ← NAISSANCE NON 2 PASSEZ A ← NAIS PRECED
01	SIMPLE ... 1 MULTIPLE ... 2	GARÇON 1 FILLE ... 2	JOURS <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNEES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 ↓ 214	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> (NAISSANCE PRECEDENTE)	JOURS.....1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> ANNEES...3 <input type="text"/>	
02	SIMPLE ... 1 MULTIPLE ... 2	GARÇON 1 FILLE ... 2	JOURS <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNEES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 ↓ 214	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> (ALLEZ A 215)	JOURS.....1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> ANNEES...3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ← NAISSANCE NON 2 PASSEZ A ← NAIS PRECED
03	SIMPLE ... 1 MULTIPLE ... 2	GARÇON 1 FILLE ... 2	JOURS <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNEES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 ↓ 214	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> (ALLEZ A 215)	JOURS.....1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> ANNEES...3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ← NAISSANCE NON 2 PASSEZ A ← NAIS PRECED
04	SIMPLE ... 1 MULTIPLE ... 2	GARÇON 1 FILLE ... 2	JOURS <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNEES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 ↓ 214	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> (ALLEZ A 215)	JOURS.....1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> ANNEES...3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ← NAISSANCE NON 2 PASSEZ A ← NAIS PRECED
05	SIMPLE ... 1 MULTIPLE ... 2	GARÇON 1 FILLE ... 2	JOURS <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNEES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2 ↓ 214	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI ... 1 NON ... 2	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> (ALLEZ A 215)	JOURS.....1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> ANNEES...3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ← NAISSANCE NON 2 PASSEZ A ← NAIS PRECED

SECTION 3A. GROSSESSE ET TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT

301	VÉRIFIER 204:	PAS DE NAISSANCE EN 2005 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2005 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	304
302	Etes -vous actuellement enceinte ?		OUI 1 NON 2 (PASSER À 402) ← NE SAIT PAS 8	
303	Depuis combien temps êtes vous enceinte ?		MOIS <input style="width:40px;" type="text"/> NE SAIT PAS	ALLEZ À 307 98
304	VÉRIFIER 206: INSCRIRE DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE LA LA DERNIÈRE NAISSANCE SURVENUE EN 2005 OU PLUS TARD			
305	NUMÉRO DE LIGNE DE 206	DERNIÈRE NAISSANCE	N° DE LIGNE <input style="width:40px;" type="text"/>	
306	SELON Q.206 ET Q. 210	NOM _____	VIVANT <input type="checkbox"/>	DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>
307	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur votre dernière grossesse qui s'est terminée par une naissance vivante au cours des 6 dernières années ou sur l'enfant dont vous êtes actuellement enceinte si vous n'avez pas eu de grossesse terminée par une naissance vivante au cours des 6 dernières années.			
308	VÉRIFIER 301 ET 302 NAISSANCE VIVANTE DEPUIS 2005 Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous reçu des soins prénatals ? SI OUI : Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PAS DE NAISSANCE VIVANTE DEPUIS 2005 ET ENCEINTE Depuis le début de votre grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals?	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME B AIDE SOIGNANTE C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTÉ/ VILLAGE E AUTRE X (PRÉCISER) PERSONNE Y (PASSER À 402) ←	
309	VÉRIFIER 301 ET 302 NAISSANCE VIVANTE DEPUIS 2005 Où avez-vous reçu les soins prénatals pour la grossesse de (NOM) Un autre endroit? INSISTER POUR DÉTERMINER LE/LES TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODES APPROPRIÉS. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMI- NER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	PAS DE NAISSANCE VIVANTE DEPUIS 2005 ET ENCEINTE Où recevez-vous les soins prénatals pour la grossesse actuelle ?	DOMICILE VOTRE DOMICILE A AUTRE DOMICILE B SECTEUR PUBLIC/PARAPUBLIC HÔPITAL C CENTRE DE SANTÉ D AUTRE PUBLIC E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL CONFESIONNEL F HÔPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE G CENTRE DE SANTÉ/DISPENS. CONFESIONNEL H CABINET MEDICAL I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ J (PRÉCISER) AUTRE X (PRÉCISER)	
310	VÉRIFIER 301 ET 302 NAISSANCE VIVANTE DEPUIS 2005 De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?	PAS DE NAISSANCE VIVANTE DEPUIS 2005 ET ENCEINTE	MOIS <input style="width:40px;" type="text"/> NE SAIT PAS 98	
311	VÉRIFIER 301 ET 302 NAISSANCE VIVANTE DEPUIS 2005 Durant cette grossesse, combien de fois êtes-vous allée en consultation prénatale?	PAS DE NAISSANCE VIVANTE DEPUIS 2005 ET ENCEINTE Depuis que vous êtes enceinte, combien de fois êtes vous allée en consultation prénatale ?	NOMBRE DE FOIS <input style="width:40px;" type="text"/> NE SAIT PAS 98	

312	VERIFIER 301 ET 302 NAISSANCE VIVANTE DEPUIS 2005 <input type="checkbox"/>	PAS DE NAISSANCE VIVANTE DEPUIS 2005 ET ENCEINTE <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2 (PASSER À SECT SUIV) NE SAIT PAS 8
	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme?	Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	
313	Quel médicament avez-vous pris? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ MONTRER DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.		SP/FANSIDAR /MALOXINE A AMODIAQUINE/FLAVOQ/CAMOQUIN B CHLOROQUINE/NIVAQUINE C QUININE/QUINIMAX D COARTEM E AUTRE X (PRÉCISER) MÉDICAMENT INCONNU Z
314	VÉRIFIER 313: TYPE D'ANTIPALUDÉENS PRIS À TITRE PRÉVENTIF PENDANT LA GROSSESSE.		CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>
			CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À LA SECT SUIV)
315	VERIFIER 301 ET 302 NAISSANCE VIVANTE DEPUIS 2005 <input type="checkbox"/>	PAS DE NAISSANCE VIVANTE DEPUIS 2005 ET ENCEINTE <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
	Combien de fois avez-vous pris de SP/Fansidar/Maloxine durant cette grossesse?	Combien de fois avez-vous pris de SP/Fansidar/Maloxine depuis que vous êtes enceinte?	
316	VÉRIFIER 308: SOINS PRÉNATALS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ DURANT CETTE GROSSESSE		CODE 'A','B' OU 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>
			AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 402)
317	Est-ce qu'on vous a donné de SP/Fansidar/Maloxine durant une visite prénatale, durant une autre visite dans une formation sanitaire ou dans un autre endroit?		VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE MÉDICALE 2 AUTRE SOURCE 6

SECTION 4. LA CONNAISSANCE DE LA MALARIA

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CATEGORIES CODEES	ALLEZ A
402	Avez-vous déjà entendu parler du paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 410
403	Quel est le signe principal du paludisme chez un enfant âgé de moins de 5 ans? NE LISEZ PAS LES REPONSES ENCERCLEZ UNE REPONSE SEULEMENT	FIEVRE/TEMPERATURE 01 CORPS CHAUD 02 FAIBLESSE 03 VOMISSEMENT 04 MAL DE TETE 05 DIARRHEE 06 TOUX 07 DOULEUR D'ARTICULATIONS 08 MALAISE 09 MANQUE D'APPETIT 10 "AVOIR FROID" 11 CORPS FAIT MAL 12 YEUX PALES 13 DOULEUR A LA POITRINE 14 AUTRE 96 PRECISEZ NE SAIS PAS 98	
404	Quels sont les groupes d'âges de personnes susceptibles d'avoir les cas sérieux de paludisme? ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES POSSIBLES	ENFANTS A FEMME ENCENITE B ADULTE C VIEILLARDS D TOUT LE MONDE Y NE SAIS PAS Y	
405	Comment se transmet le paludisme? NE LISEZ PAS LES REPONSES ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES POSSIBLES	PIQÛRE DE MOUSTIQUES A EAU SALE B ORDURES/ENVIRONNEMENT SALE C BIERE D CERTAINE NOURRITURE E SORCELLERIE F AUTRE X PRECISEZ NE SAIS PAS Y	
406	Quels sont les moyens pour éviter d'attraper le paludisme? ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES POSSIBLES	DORMIR SOUS UNE MOUSTIQUAIRE A UTILISER LES INSECTICIDES B FERMER LES PORTES ET FENETRES C GARDER MAISON ET ALLENTOURS PROPRES D AVOIR UNE BONNE HYGIENE CORPORELLE E COUPER LES HERBES F AUTRE X PRECISEZ NE SAIS PAS Y	
407	Après combien de temps devriez-vous réagir à la fièvre d'un enfant de moins de 5 ans?	IMMEDIATEMENT 1 MEME JOUR (DANS 24 HEURES) 2 JOUR SUIVANT (DANS 48 HEURES) 3 PLUS DE DEUX JOURS APRES 4 AUTRE 6 PRECISEZ NE SAIS PAS 8	
408	Quels sont les signes de danger chez un enfant âgé de moins de 5 ans qui a la fièvre? ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES POSSIBLES	FIEVRE/TEMPERATURE SUP à 40 ° A TROUBLES DE LA CONSCIENCE (DORT TROP, EST AGITE) B CONVULSIONS C DIFFICULTES RESPIRATOIRES D PALEUR DES PAUMES DE MAINS ET DES PLANTES DE PIEDS E VOMISSEMENTS REPETES F SELLES LIQUIDES FREQUENTES G JAUNISSE H URINES NOIRES (OU COCA COLA) I REFUS DE MANGER OU DE BOIRE K FATIGUE INTENSE L AUTRE Z PRECISEZ NE SAIS PAS Z	
409	Quel est le traitement antimalaria le plus efficace pour les enfants de moins de 5 ans? ENREGISTRER UNE SEULE REPONSE	ANTI-PALUDIQUE SP/FANSIDAR 01 CHLOROQUINE 02 AMODIAQUINE 03 QUININE 04 ACT 05 (PRECISEZ) AUTRE ANTI-PALUDIQUE 06 (PRECISEZ) ANTIBIOTIQUES CO-TRIMOXIZOLE 07 AMOXICILINE 08 AUTRES MEDICAMENTS ASPIRINE 09 ACETAMINOPHENE/PARACETA. 10 IBUPROFENE 11 AUTRE 96 (PRECISEZ) NE SAIS PAS 98	
410	ENREGISTREZ L'HEURE	HEURE MINUTE	

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR
A COMPLETER APRES AVOIR FINI L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS SPECIFIQUES:

AUTRES COMMENTAIRES:

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

NOM DU SUPERVISEUR: _____ DATE: _____