

**ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME  
EIP[CODE DE PAYS] [ANNÉE]  
QUESTIONNAIRE STANDARD FEMME**

[NOM DU PAYS]  
[NOM DE L'ORGANISATION]

IDENTIFICATION (1)														
NOM DE LA LOCALITÉ _____														
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____														
NUMÉRO DE GRAPPE .....				<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										
NUMÉRO DE MÉNAGE .....				<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME														
VISITES D'ENQUÊTRICES														
	1	2	3	VISITE FINALE										
DATE	_____	_____	_____	JOUR MOIS ANNÉE No ENQUÊT										
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT*										
PROCHAINE DATE VISITE HEURE	_____	_____	_____	NOMBRE TOTAL DE VISITES										
<p>*CODES RÉSULTAT : 1 COMPLÉTÉ 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ 7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ 6 INCAPACITÉ PRÉCISEZ _____</p>														
<p>LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td></tr></table>    LANGUE DE L'INTERVIEW** <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>    LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE** <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>    TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) <table border="1"><tr><td></td></tr></table></p> <p>LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <b>FRANÇAIS</b>    **CODES LANGUES : # #    03 AUTRE _____ (PRÉCISEZ)</p>					0	1								
0	1													
<p>CHEF D'ÉQUIPE</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>NOM NUMÉRO</p>						<p>CONTRÔLEUSE</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>NOM NUMÉRO</p>						<p>CONTRÔLE BUREAU</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p>NUMÉRO</p>		
				<p>SAISI PAR</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p>NUMÉRO</p>										

Note: Ce qui figure entre crochets [ ] doit être adapté aux spécificités du pays

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour [NOM DE L'ORGANISATION]. Nous effectuons une enquête sur le paludisme en [NOM DU PAYS]. Les informations que nous collectons aideront le pays à planifier les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Je voudrais vous poser quelques questions. L'enquête prend habituellement entre 10 et 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 obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre à nos questions car votre opinion est très importante. Si vous décidez de ne pas participer, il n'y aura aucun changement dans les services que vous pouvez recevoir des programmes de santé. 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 ou vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Si vous souhaitez plus d'informations sur n'importe quel aspect de 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 ?  
Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE  
D'ÊTRE INTERVIEWÉE .. 1

L'ENQUÊTÉE REFUSE D'ÊTRE  
INTERVIEWÉE .. 2 → FIN

**SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES ..... MINUTES.....	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS ..... NE CONNAIT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE ..... NE CONNAIT PAS L'ANNÉE ..... 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES .....	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 108
105 (2)	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire, ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE ..... 2 SUPÉRIEUR ..... 3	
106 (2)	Quelle est [L'ANNÉE/CLASSE] la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '0'.	ANNÉE/CLASSE .....	
107	VÉRIFIEZ 105: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> OU SECONDAIRE ↓	SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>	→ 109
108 (3)	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1 PEUT SEULEMENT LIRE UNE PARTIE DE LA PHRASE ..... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DEMANDÉE ..... 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ..... 5	
109	QUESTIONS SUR LA RELIGION SPÉCIFIQUES AU PAYS, SI APPROPRIÉ.	..... 01 ..... 02 ..... 03 ..... 04 ..... 05 ..... 06 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
110	QUESTIONS SUR L'ETHNIE SPÉCIFIQUES AU PAYS, SI APPROPRIÉ.	..... 01 ..... 02 ..... 03 ..... 04 ..... 05 ..... 06 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
111	Au cours des six mois passés, avez-vous entendu ou reçu des messages sur le paludisme?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 201
112	Avez-vous entendu ou reçu des messages: a) Sur la radio? B) sur la télé? C) sur une affiche? D) à partir d'un	RADIO ..... OUI NON 1 2	

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	agent de sante communautaire? E) a partir d'une evenement communautaire? F) ailleurs?	TELEVISION ..... 1 2 AFFICHE ..... 1 2 AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE 1 2 EVENEMENT COMMUNAUTAIRE 1 2 AILLEUR ..... 1 2	

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance 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 à qui vous avez donné naissance 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) Et 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 déjà donné naissance à un garçon ou à une fille 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	→ 208								
207	a) Combien de garçons sont décédés ? b) Et combien de filles sont décédés ?  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 NAISSANCES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  INSISTEZ ET CORRIGEZ 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	VÉRIFIEZ 208:  UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> OU PLUS ↓  AUCUNE <input type="checkbox"/>		→ 225								
211	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos naissances plus récentes. Combien de ces naissances avez-vous eues en 2011-2016?  INSCRIVEZ LE TOTAL NOMBRE DE NAISSANCES EN 2011-2016.	TOTAL EN 2011-2016 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>  AUCUNE ..... 00			→ 225						

## SECTION 2. REPRODUCTION

212 Je voudrais maintenant enregistrer les noms de toutes les naissances que vous avez eues en 2011-2016, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la naissance la plus récente. INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES EN 2011-2016 À 213. INSCRIVEZ LES Jumeaux/Triples SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 5 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE.								
213	214	215	216	217	218 SI EN VIE:	219 SI EN VIE:	220 SI EN VIE:	221
Quel nom a été donné à votre (dernier/précédent) enfant ?  INSCRIVEZ LE NOM.  NO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	(NOM) est-il une naissance simple ou multiple ?	Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-ii/elle né(e) ?  JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(NOM) est-ii/elle encore en vie ?  OUI 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>  INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUTIONNAIRE.	(NOM) vit-ii/elle avec vous ?  OUI 1 NON 2	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.  NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	YES 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

213	214	215	216	217	218 SI EN VIE:	219 SI EN VIE:	220 SI EN VIE:	221
Quel nom a été donné à votre (dernier/précédent) enfant ?	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	(NOM) est-il une naissance simple ou multiple ?	Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
INSCRIVEZ LE NOM.  NO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.					INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE.			
06	GAR. 1  FILLE 2	SIMP. 1  MULT. 2	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"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
07	GAR. 1  FILLE 2	SIMP. 1  MULT. 2	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"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
08	GAR. 1  FILLE 2	SIMP. 1  MULT. 2	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"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
09	GAR. 1  FILLE 2	SIMP. 1  MULT. 2	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"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
10	GAR. 1  FILLE 2	SIMP. 1  MULT. 2	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"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (NAIS SUIV.)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis celle de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI ..... 1 (INSCRIVEZ LA/LES NAISS. DANS LE TABLEAU) NON ..... 2	
223	COMPAREZ 211 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS LE TABLEAU DES NAISSANCES  NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> ↓ NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ) ←		
224 (4)	VÉRIFIEZ 216: INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS 2011-2016	NOMBRE DE NAISSANCES: ..... <input type="text"/> AUCUNE ..... 0	
225	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛRE ..... 8	<input type="checkbox"/> → 227
226	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
227 (4)	VÉRIFIEZ 224:  UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2011 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 301) ←	AUCUNE NAISSANCES EN 2011-2016 <input type="checkbox"/>  224 EST NULL <input type="checkbox"/>	→ 428  → 428

SECTION 3. GROSSESSE ET TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT

NO.	QUESTIONS AND FILTRES	CODES	ALLER À
301	NOTEZ LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE DE 213 ET 217.	<p>DERNIÈRE NAISSANCE :</p> <p>NOM _____</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/>      DÉCÉDÉE <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">↓                                  ↓</p>	
302	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre dernière naissance.  Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénataux ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 304
303 (5)	Qui avez-vous vu ?  Quelqu'un d'autre ?  INSISTEZ POUR IDENTIFIER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	<p><b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... A</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... B</p> <p>SAGE-FEMME AUXILIAIRE ..... C</p> <p><b>AUTRE PERSONNE</b></p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p style="padding-left: 40px;">TRADITIONNEL ..... D</p> <p>AGENT DE SANTÉ</p> <p style="padding-left: 40px;">COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE ..... E</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p style="margin-left: 120px;">(PRÉCISEZ)</p>	



304	Durant cette grossesse, avez-vous pris de la SP/Fansidar pour éviter le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 308
305	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
306	Vous a-t-on donné la SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé, durant une visit d'un agent de santé communautaire ou l'avez-vous obtenue ailleurs ?  SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE ..... 1 AUTRE VISITE DANS ÉTABLISSEMENT SANITAIRE ..... 2 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIR ..... 3 AUTRE SOURCE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
307 (4)	VÉRIFIEZ 216 ET 217:  UN ENFANT VIVANT OU PLUS NÉ EN 2011-2016  (ALLER À 401) ←	PAS D'ENFANT VIVANT NÉ EN 2011-2016 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → 428

## SECTION 4. FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS

401	<p>VÉRIFIEZ 213: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 402 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 403 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2011-2016. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE(S) ADDITIONNEL(S).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur le santé de vos enfants depuis Janvier 2011. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).</p>		
402	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 213 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
403	DE 213 ET 217:	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 428) ←	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 428) ←
404	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 428) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 428) ← NE SAIT PAS ..... 8
405	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
406	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 411) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 411) ←
407 (5)	Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?  Quelque part ailleurs ?  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)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL DU GOUVT. GOUVERNEMENT ..... A CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. B POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. C CLINIQUE MOBILE ..... D AGENT DE SANTÉ/ AGENT COMMUNAUTAIRE .. E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CLINIQUE MOBILE ..... J AGENT DE SANTÉ/ COMMUNAUTAIRE ..... K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISEZ)  <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE ..... M PRATICIEN TRADITIONNEL ..... N MARCHÉ ..... O VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS ..... P AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL DU GOUVT. GOUVERNEMENT ..... A CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. B POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. C CLINIQUE MOBILE ..... D AGENT DE SANTÉ/ AGENT COMMUNAUTAIRE .. E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CLINIQUE MOBILE ..... J AGENT DE SANTÉ/ COMMUNAUTAIRE ..... K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISEZ)  <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE ..... M PRATICIEN TRADITIONNEL ..... N MARCHÉ ..... O VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS ..... P AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)

408	VÉRIFIEZ 407:	DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS CODE ENCERCLÉS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 409A) ←	DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS CODE ENCERCLÉS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 409A) ←
409	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 407.	PREMIER ENDROIT ..... <input type="checkbox"/>	PREMIER ENDROIT ..... <input type="checkbox"/>
410	Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
411	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 427) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 427) ← NE SAIT PAS ..... 8
412 (6)	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?  Aucun autre médicament ?  INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	<b>ANTIPALUDIQUES</b> COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) .. A SP/FANSIDAR ..... B CHLOROQUINE ..... C AMODIAQUINE ..... D COMPRIMÉS QUININE ..... E INJECTION/IV ..... F ARTESUNATE VOIE RECTALE ..... G INJECTION/IV ..... H  AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ I (PRÉCISEZ)  <b>ANTIBIOTIQUES</b> COMPRIMÉS/SIROF ..... J INJECTION/IV ..... K  <b>AUTRES MÉDICAMENTS</b> ASPIRINE ..... L ACETAMINOPHEN ..... M IBUPROFEN ..... N  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	<b>ANTIPALUDIQUES</b> COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) .. A SP/FANSIDAR ..... B CHLOROQUINE ..... C AMODIAQUINE ..... D COMPRIMÉS QUININE ..... E INJECTION/IV ..... F ARTESUNATE VOIE RECTALE ..... G INJECTION/IV ..... H  AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ I (PRÉCISEZ)  <b>ANTIBIOTIQUES</b> COMPRIMÉS/SIROF ..... J INJECTION/IV ..... K  <b>AUTRES MÉDICAMENTS</b> ASPIRINE ..... L ACETAMINOPHEN ..... M IBUPROFEN ..... N  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z
413	VÉRIFIEZ 412: Y A-T-IL UN CODE A-I ENCERCLÉ?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 428) ←	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 428) ←

414	VÉRIFIEZ 412: COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE ('A') DONNÉE	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 416)	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 416)
415	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une combinaison à base d'artémisinine ?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8
416	VÉRIFIEZ 411: SP ('B') DONNÉE	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 418)	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 418)
417	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la SP/Fansidar ?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8

418	VÉRIFIEZ 411: CHLOROQUINE ('C') DONNÉE	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 420) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 420) ←
419	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Chloroquine ?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8
420	VÉRIFIEZ 411: AMODIAQUINE ('D') DONNÉE	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 422) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 422) ←
421	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8
422	VÉRIFIEZ 411: QUININE ('E-F') DONNÉE	CODE 'E-F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'E-F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 424) ←	CODE 'E-F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'E-F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 424) ←
423	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8
424	VÉRIFIEZ 411: ARTESUNATE ('G-H') DONNÉE	CODE 'G-H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'G-H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 426) ←	CODE 'G-H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'G-H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 426) ←
425	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'artesunate?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8

426	VÉRIFIEZ 411: AUTRE ANTIPALUDIQUE ('I) DONNÉ	CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 428) ←	CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 428) ←
427	Combien de comprimés de (AUTRE ANTIPALUDIQUE) (NOM) a-t-il/elle pris par jour ?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8
428		RETOURNEZ À 403 À LA COLONNE SUIVANTE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 429.	RETOURNEZ À 403 À LA COLONNE SUIVANTE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 429.
429	ENRIGISTREZ L'HEURE	HEURES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE  
À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

---

---

---

---

---

---

## FEMMES: NOTES

- (1) Cette section doit être adaptée selon le plan de l'enquête spécifique au pays.
- (2) À adapter en fonction du système éducatif local.
- (3) Chaque carte devra comporter quatre phrases simples appropriées au pays (ex : "les parents aiment leurs enfants.", "Travailler la terre", "L'enfant lit un livre.", "Les enfants travaillent dur à l'école."). Les cartes doivent être préparées dans toutes les langues dans lesquelles les alphabétisées.
- (4) On suppose que l'année de la collecte est 2016. Pour la collecte commençant en 2017, toutes les références aux années de calendrier d'une année; par exemple, 2011 doit être changé en 2012, 2012 doit être changé en 2013, 2013 doit être changé en 2014, et ainsi de suite dans tout le questionnaire.
- (5) Les catégories doivent être développées localement et révisées sur la base du pré-test ; Cependant, les grandes catégories doivent être développées localement et révisées sur la base du prétest. Tous les antipaludiques couramment utilisés doivent être pris en compte dans les catégories de réponse. Des marques courantes de médicaments, telles que Bayer, Tylenol ou Paracétamol, doivent être prises en compte dans les catégories de réponse pour l'aspirine, l'acetaminophène, le Paracétamol, ou Ibuprofen, de manière appropriée.