

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE  
QUESTIONNAIRE MENAGE

CONFIDENTIEL  
(ART. 8 ET 9 DU DÉCRET NO 10/05 DU 11 FÉVRIER 2010)

IDENTIFICATION				
POOL D'ENQUÊTE _____	POOL ..... <input type="text"/>			
NOM DE LA LOCALITÉ (QUARTIER/VILLAGE) _____				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
NUMÉRO DE GRAPPE .....	GRAPPE ... <input type="text"/>			
NUMÉRO DU MÉNAGE .....	MÉNAGE .....			
ANCIENNE PROVINCE _____	A_PROVINCE ... <input type="text"/>			
NOUVELLE PROVINCE _____	N_PROVINCE ... <input type="text"/>			
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	MILIEU ..... <input type="text"/>			
KINSHASA-CHEF LIEU PROVINCE-AUTRE VILLE-CITÉ-RURAL (KINSHASA=1, CHEF LIEU PROVINCE=2, AUTRE VILLE=3, CITÉ=4, RURAL=5)	RÉSIDENCE ..... <input type="text"/>			
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR UNE ENQUÊTE HOMME; LES TESTS ANÉMIE, PALUDISME, VIH, COUVERTURE VACCINALE ET MESURES ANTHROPOMETRIQUES (OUI = 1, NON = 2)				MÉNAGE SELECTIONNÉ ..... <input type="text"/>
VISITES D'ENQUÊTRICE/ENQUÊTEUR				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="text"/>
				MOIS <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUÊTEUR/ ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	ANNÉE <b>2 0 1</b> <input type="text"/>
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	CODE ENQU. <input type="text"/>
				RÉSULTAT <input type="text"/>
PROCHAINE DATE VISITE:	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/>
*CODES RÉSULTAT: 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT À LA MAISON AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VACANT OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ (PRÉCISER)				TOTAL DANS LE MÉNAGE <input type="text"/>
				TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <input type="text"/>
				TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES <input type="text"/>
LANGUE DE QUEST.** <b>FRANÇAIS</b>				N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR QUESTIONNAIRE MÉNAGE <input type="text"/>
CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLEUSE		CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <input type="text"/>	NOM _____ <input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_. Je travaille pour le Ministère du Plan et le Ministère de la Santé. Nous effectuons une enquête nationale sur la démographie et la santé en République Démocratique du Congo. Les informations que nous collectons aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage. L'entretien dure habituellement entre 15 et 20 minutes. Aux termes des articles 8 et 9 du Décret du 11 février 2010, toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autres que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête, mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment. Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter les personnes figurant sur cette carte.

DONNEZ LA CARTE AVEC LES INFORMATIONS POUR CONTACTER CES PERSONNES

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

SIGNATURE DE  
L'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉ(E) ACCEPTE DE RÉPONDRE . . . . 1 L'ENQUÊTÉ(E) REFUSE DE RÉPONDRE . . . . . 2 → FIN  
↓

**TABLEAU DE MÉNAGE**

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	ÉLIGIBILITÉ			SI AGE DE 0-17 ANS			
				ÉTAT MATRIMONIAL	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES		ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.  APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.  POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?  VOIR CODES CI-DESSOUS	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ?  SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?  1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN	ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES HOMMES DE 15-59 ANS	ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES ENFANTS DE 0-5 ANS	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE.  SI NON, INSCRIVEZ '00'.	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI: Quel est son nom? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE.  SI NON, INSCRIVEZ '00'.
01		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <input type="text"/>	<input type="text"/>	01	01	01	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	02	02	02	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	03	03	03	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	04	04	04	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05	05	05	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	06	06	06	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	07	07	07	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	08	08	08	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	09	09	09	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10	10	10	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>

**CODES POUR Q. 3: LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE**

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| 01 = CHEF DE MÉNAGE     | 08 = FRÈRE OU SOEUR                             |
| 02 = FEMME OU MARI      | 09 = NEVEU/NIÈCE                                |
| 03 = FILS OU FILLE      | 10 = NEVEU/NIÈCE PAR ALLIANCE                   |
| 04 = GENDRE/BELLE-FILLE | 11 = AUTRES PARENTS                             |
| 05 = PETIT-FILS/FILLE   | 12 = ENFANT ADOPTÉ/ GARDE/ DE LA FEMME/ DU MARI |
| 06 = PÈRE/MÈRE          | 13 = SANS PARENTÉ                               |
| 07 = BEAUX-PARENTS      | 98 = NE SAIT PAS                                |

N° LIGNE	SI ÂGE DE 5 ANS OU PLUS		SI ÂGE DE 5-24 ANS		SI ÂGE 0-4 ANS	SI MÉNAGE NON SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME			
	A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE OU RÉCENTE		ENREGISTRE- MENT DES NAISSANCES	HOSPITALISATION		SOINS AMBULATOIRES	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24
	(NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ?	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 ?  VOIR CODES CI-DESSOUS	(Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire (2012-2013) ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ?  VOIR CODES CI-DESSOUS	(NOM) a-t-il/elle un acte de naissance ?  SI NON, INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été enregistrée à l'état civil ?  1 = A UN ACTE DE NAISS. 2 = ENREGISTRÉE 3 = NI L'UN, NI L'AUTRE 8 = NE SAIT PAS	Au cours des six derniers mois, (NOM) a-t-il/elle été hospitalisé(e) dans une formation sanitaire ?	ENCERCLER LE N° DE LA PERSONNE ÉLIGIBLE DU MÉNAGE POUR LE MODULE SOINS HOSPITALISATIONS  VÉRIFIEZ LA COLONNE 21 CODE 1 "OUI" ENCERCLÉ	Au cours des quatre dernières semaines, (NOM) a-t-il/elle reçu des soins auprès d'un prestataire de santé, d'un pharmacien, ou d'un guérisseur traditionnel sans être hospitalisé(e) y compris pour des visites de planification familiale, soins prénatal/postnatal, suivi santé infantile?	ENCERCLER LE N° DE LA PERSONNE ÉLIGIBLE DU MÉNAGE POUR LE MODULE SOINS AMBULATOIRES  VÉRIFIEZ LA COLONNE 23 CODE 1 "OUI" ENCERCLÉ
01	O N 1 2 ↓ 21	NIVEAU CLASSE □ □ □ □	O N 1 2 ↓ 21	NIVEAU CLASSE □ □ □ □	□	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLER À 23	01	O N NSP 1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	01
02	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	□	1 2 8 ↓ ALLER À 23	02	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	02
03	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	□	1 2 8 ↓ ALLER À 23	03	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	03
04	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	□	1 2 8 ↓ ALLER À 23	04	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	04
05	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	□	1 2 8 ↓ ALLER À 23	05	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	05
06	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	□	1 2 8 ↓ ALLER À 23	06	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	06
07	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	□	1 2 8 ↓ ALLER À 23	07	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	07
08	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	□	1 2 8 ↓ ALLER À 23	08	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	08
09	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	□	1 2 8 ↓ ALLER À 23	09	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	09
10	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	□	1 2 8 ↓ ALLER À 23	10	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	10

**CODES POUR Qs. 17 ET 19: NIVEAU D'INSTRUCTION**

NIVEAU	1= PRIMAIRE	2 = SECONDAIRE	3 = SUPERIEUR	8 = NSP
CLASSE	00 = AUCUNE ANNÉE ACHÉVÉE			
	01 = 1 <sup>ère</sup> année prim 02 = 2 <sup>ème</sup> année prim 03 = 3 <sup>ème</sup> année prim 04 = 4 <sup>ème</sup> année prim 05 = 5 <sup>ème</sup> année prim 06 = 6 <sup>ème</sup> année prim 98 = NE SAIT PAS	01 = 1 <sup>ère</sup> année second 02 = 2 <sup>ème</sup> année second 03 = 3 <sup>ème</sup> année second 04 = 4 <sup>ème</sup> année second 05 = 5 <sup>ème</sup> année second 06 = 6 <sup>ème</sup> année second 98 = NE SAIT PAS	01 = année préparatoire 02 = 1 <sup>er</sup> graduat 03 = 2 <sup>ème</sup> graduat 04 = 3 <sup>ème</sup> graduat 05 = 1 <sup>ère</sup> année licence 06 = 2 <sup>ème</sup> année licence ou + 98 = NE SAIT PAS	

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	ÉLIGIBILITÉ			SI AGE DE 0-17 ANS			
				ÉTAT MATRIMONIAL	9		10	11	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES	12	13	14	15	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.  APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.  POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?  VOIR CODES CI-DESSOUS	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ?  SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?  1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN	ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES HOMMES DE 15-59 ANS	ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES ENFANTS DE 0-5 ANS	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?
11		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉE <input type="text"/>	<input type="text"/>	11	11	11	0 N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	12	12	12	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>
13		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	13	13	13	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>
14		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	14	14	14	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>
15		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	15	15	15	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>
16		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	16	16	16	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>
17		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	17	17	17	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>
18		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	18	18	18	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>
19		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	19	19	19	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>
20		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20	20	20	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

2A) Juste pour être sûre que j'ai une liste complète : y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas listés?

OUI  AJOUTER AU TABLEAU NON

2B) Ya-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille, tels que des domestiques, locataires ou amis qui vivent habituellement ici ?

OUI  AJOUTER AU TABLEAU NON

2C) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listés?

OUI  AJOUTER AU TABLEAU NON

**CODES POUR Q. 3: LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE**

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| 01 = CHEF DE MÉNAGE     | 08 = FRÈRE OU SOEUR                             |
| 02 = FEMME OU MARI      | 09 = NEVEU/NIÈCE                                |
| 03 = FILS OU FILLE      | 10 = NEVEU/NIÈCE PAR ALLIANCE                   |
| 04 = GENDRE/BELLE-FILLE | 11 = AUTRES PARENTS                             |
| 05 = PETIT-FILS/FILLE   | 12 = ENFANT ADOPTÉ/ GARDE/ DE LA FEMME/ DU MARI |
| 06 = PÈRE/MÈRE          | 13 = SANS PARENTÉ                               |
| 07 = BEAUX-PARENTS      | 98 = NE SAIT PAS                                |

N° LIGNE	SI ÂGE DE 5 ANS OU PLUS		SI ÂGE DE 5-24 ANS		SI ÂGE 0-4 ANS	SI MÉNAGE NON SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME			
	A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE OU RÉCENTE		ENREGISTREMENT DES NAISSANCES	HOSPITALISATION		SOINS AMBULATOIRES	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24
	(NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ?	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 ?  VOIR CODES CI-DESSOUS	(Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire (2012-2013) ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ?  VOIR CODES CI-DESSOUS	(NOM) a-t-il/elle un acte de naissance ?  SI NON, INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été enregistrée à l'état civil ?  1 = A UN ACTE DE NAISS. 2 = ENREGISTRÉE 3 = NI L'UN, NI L'AUTRE 8 = NE SAIT PAS	Au cours des six derniers mois, (NOM) a-t-il/elle été hospitalisé(e) dans une formation sanitaire ?	ENCERCLER LE N° DE LA PERSONNE ÉLIGIBLE DU MÉNAGE POUR LE MODULE SOINS HOSPITALISATIONS  VÉRIFIEZ LA COLONNE 21 CODE 1 "OUI" ENCERCLÉ	Au cours des quatre dernières semaines, (NOM) a-t-il/elle reçu des soins auprès d'un prestataire de santé, d'un pharmacien, ou d'un guérisseur traditionnel sans être hospitalisé(e) y compris pour des visites de planification familiale, soins prénatal/postnatal, suivi santé infantile?	ENCERCLER LE N° DE LA PERSONNE ÉLIGIBLE DU MÉNAGE POUR LE MODULE SOINS AMBULATOIRES  VÉRIFIEZ LA COLONNE 23 CODE 1 "OUI" ENCERCLÉ
11	O N 1 2 ↓ 21	NIVEAU- CLASSE □ □ □ □	O N 1 2 ↓ 21	NIVEAU CLASSE □ □ □ □	□	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLER À 23	11	O N NSP 1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	11
12	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	□	1 2 8 ↓ ALLER À 23	12	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	12
13	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	□	1 2 8 ↓ ALLER À 23	13	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	13
14	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	□	1 2 8 ↓ ALLER À 23	14	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	14
15	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	□	1 2 8 ↓ ALLER À 23	15	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	15
16	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	□	1 2 8 ↓ ALLER À 23	16	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	16
17	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	□	1 2 8 ↓ ALLER À 23	17	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	17
18	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	□	1 2 8 ↓ ALLER À 23	18	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	18
19	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	□	1 2 8 ↓ ALLER À 23	19	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	19
20	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	1 2 ↓ 21	□ □ □ □	□	1 2 8 ↓ ALLER À 23	20	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	20


**CODES POUR Qs. 17 ET 19: NIVEAU D'INSTRUCTION**

NIVEAU	1= PRIMAIRE	2 = SECONDAIRE	3 = SUPERIEUR	8 = NSP
CLASSE	00 = AUCUNE ANNÉE ACHIVÉE			
	01 = 1 <sup>è</sup> année prim 02 = 2 <sup>è</sup> année prim 03 = 3 <sup>è</sup> année prim 04 = 4 <sup>e</sup> année prim 05 = 5 <sup>è</sup> année prim 06 = 6 <sup>e</sup> année prim 98 =NE SAIT PAS	01 = 1 <sup>è</sup> année second 02 = 2 <sup>è</sup> année second 03 = 3 <sup>è</sup> année second 04 = 4 <sup>e</sup> année second 05 = 5 <sup>è</sup> année second 06 = 6 <sup>e</sup> année second 98 =NE SAIT PAS	01 = année préparatoire 02 = 1 <sup>è</sup> graduat 03 = 2 <sup>è</sup> graduat 04 = 3 <sup>è</sup> graduat 05 = 1 <sup>è</sup> année licence 06 = 2 <sup>è</sup> année licence ou + 98 =NE SAIT PAS	



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																																										
107	Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement ?	<b>CHASSE D'EAU/CHASSE MANUELLE</b> <b>CHASSE D'EAU CONNECTÉE</b> À UN SYSTÈME D'ÉGOUT ..... 11 À UNE FOSSE SEPTIQUE ..... 12 À UNE FOSSE D'AIANCES ..... 13 À QUELQUE CHOSE D'AUTRE ..... 14 À NE SAIT PAS OÙ ..... 15 <b>FOSSE D'AIANCES</b> FOSSE D'AIANCES AMÉLIORÉE AUTO-AÉRÉE ..... 21 FOSSE D'AIANCES AVEC DALLE ... 22 FOSSE D'AIANCES SANS DALLE/ TROU OUVERT ..... 23 <b>TOILETTES À COMPOSTAGE</b> ..... 31 <b>SEAU/TINETTE</b> ..... 41 <b>TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES</b> ... 51 <b>PAS DE TOILETTES/NATURE</b> ..... 61  <b>AUTRE</b> _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 110																																										
108	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 110																																										
109	Combien de ménages utilisent ces toilettes ?	NOMBRE DE MÉNAGES SI MOINS DE 10 ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> 10 MÉNAGES OU PLUS ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98	0																																										
0																																													
110	Dans ce ménage, avez-vous :	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>L'électricité ?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Un poste radio ?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Une télévision ?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Un téléphone fixe ?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Un réfrigérateur/congélateur ?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Groupe électrogène/Générateur ?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>une(des) chaise(s) ?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Un(des) lit(s) ?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Une(des) lampe(s) ?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Un four ?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Une(des) houe(s) ?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Une machine à coudre ?</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	L'électricité ?	1	2	Un poste radio ?	1	2	Une télévision ?	1	2	Un téléphone fixe ?	1	2	Un réfrigérateur/congélateur ?	1	2	Groupe électrogène/Générateur ?	1	2	Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ?	1	2	une(des) chaise(s) ?	1	2	Un(des) lit(s) ?	1	2	Une(des) lampe(s) ?	1	2	Un four ?	1	2	Une(des) houe(s) ?	1	2	Une machine à coudre ?	1	2	
	OUI	NON																																											
L'électricité ?	1	2																																											
Un poste radio ?	1	2																																											
Une télévision ?	1	2																																											
Un téléphone fixe ?	1	2																																											
Un réfrigérateur/congélateur ?	1	2																																											
Groupe électrogène/Générateur ?	1	2																																											
Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ?	1	2																																											
une(des) chaise(s) ?	1	2																																											
Un(des) lit(s) ?	1	2																																											
Une(des) lampe(s) ?	1	2																																											
Un four ?	1	2																																											
Une(des) houe(s) ?	1	2																																											
Une machine à coudre ?	1	2																																											
111	Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour cuisiner ?	ÉLECTRICITÉ ..... 01 GAZ PROPANE LIQUÉFIÉ (GPL) ..... 02 GAZ NATUREL ..... 03 BIOGAZ ..... 04 KEROSÈNE ..... 05 CHARBON, LIGNITE ..... 06 CHARBON DE BOIS ..... 07 BOIS ..... 08 PAILLE/BRANCHAGES/HERBES ..... 09 RÉSIDUS AGRICOLES ..... 10 BOUSE ..... 11  PAS DE REPAS PRÉPARÉ DANS LE MÉNAGE ..... 95  <b>AUTRE</b> _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 114																																										



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
112	Est-ce que la cuisine est faite habituellement dans la maison, dans un bâtiment séparé ou à l'extérieur ?	DANS LA MAISON ..... 1 DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ ..... 2 À L'EXTÉRIEUR ..... 3  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	 114
113	Avez-vous une pièce séparée que vous utilisez comme cuisine ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
114	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL  ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> TERRE/SABLE ..... 11 BOUSE ..... 12  <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> PLANCHES EN BOIS ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22  <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> PARQUET OU BOIS CIRÉ ..... 31 BANDES DE VINYLE/ASPHALTE ..... 32 CARRELAGE ..... 33 CIMENT ..... 34 MOQUETTE ..... 35  <b>AUTRE</b> _____ 96 (PRÉCISEZ)	
115	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT  ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> PAS DE TOIT ..... 11 CHAUME/PALMES/FEUILLES ..... 12 MOTTES DE TERRE ..... 13  <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> NATTES ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 PLANCHES EN BOIS ..... 23 CARTON ..... 24  <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> TÔLE ..... 31 BOIS ..... 32 ZINC/FIBRE DE CIMENT ..... 33 TUILES ..... 34 CIMENT ..... 35 SHINGLES ..... 36  <b>AUTRE</b> _____ 96 (PRÉCISEZ)	
116	PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS EXTÉRIEURS ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> PAS DE MUR ..... 11 BAMBOU/CANE/PALME/TRONC ..... 12 TERRE ..... 13  <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> BAMBOU AVEC BOUE ..... 21 PIERRES AVEC BOUE ..... 22 ADOBE NON RECOUVERT ..... 23 CONTRE-PLAQUÉ ..... 24 CARTON ..... 25 BOIS DE RÉCUPÉRATION ..... 26  <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> CIMENT ..... 31 PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT ..... 32 BRIQUES ..... 33 BLOCS DE CIMENT ..... 34 ADOBE RECOUVERT ..... 35 PLANCHE EN BOIS/SHINGLES ..... 36  <b>AUTRE</b> _____ 96 (PRÉCISEZ)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																																	
117	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																		
118	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :  Une montre ? Un téléphone portable ? Une bicyclette ? Une motocyclette ou un scooter ? Une charrette tirée par un animal ? Une voiture ou une camionnette ? Un bateau à moteur ? Une baleinière/Pirogue motorisée ? Un ordinateur ? Une maison en location ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MONTRE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEPHONE PORTABLE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>BICYCLETTE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MOTOCYCLETTE/SCOOTER ...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CHARRETTE AVEC ANIMAL ...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE/CAMIONNETTE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>BATEAU À MOTEUR .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>BALEINIÈRE/PIROG. MOTOR....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ORDINATEUR .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MAISON EN LOCATION .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	MONTRE .....	1	2	TELEPHONE PORTABLE .....	1	2	BICYCLETTE .....	1	2	MOTOCYCLETTE/SCOOTER ...	1	2	CHARRETTE AVEC ANIMAL ...	1	2	VOITURE/CAMIONNETTE .....	1	2	BATEAU À MOTEUR .....	1	2	BALEINIÈRE/PIROG. MOTOR....	1	2	ORDINATEUR .....	1	2	MAISON EN LOCATION .....	1	2	
	OUI	NON																																		
MONTRE .....	1	2																																		
TELEPHONE PORTABLE .....	1	2																																		
BICYCLETTE .....	1	2																																		
MOTOCYCLETTE/SCOOTER ...	1	2																																		
CHARRETTE AVEC ANIMAL ...	1	2																																		
VOITURE/CAMIONNETTE .....	1	2																																		
BATEAU À MOTEUR .....	1	2																																		
BALEINIÈRE/PIROG. MOTOR....	1	2																																		
ORDINATEUR .....	1	2																																		
MAISON EN LOCATION .....	1	2																																		
119	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 121																																	
120	Combien d'hectares de terres cultivables les membres du ménage possèdent-ils ?  SI 95 OU PLUS, ENCERCLEZ '950'.	NOMBRE D'HECTARES ... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>  95 HECTARES OU PLUS ..... 950 NE SAIT PAS ..... 998																																		
121	Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 123																																	
122	Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède t-il ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'. SI NE SAIT PAS, INSCRIVEZ '98'.  Vaches ou taureaux ?  Chevaux, ânes ou mules ?  Chèvres ?  Moutons ?  Porcs/Cochons ?  Canards/Canes ?  Poules/Coqs/Autres volailles ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>VACHES/TAUREAUX .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CHEVAUX/ÂNES/MULES .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CHÈVRES .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MOUTONS .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PORCS .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CANARDS/CANES .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>POULES/COQS .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	VACHES/TAUREAUX .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CHEVAUX/ÂNES/MULES .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CHÈVRES .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MOUTONS .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PORCS .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CANARDS/CANES .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	POULES/COQS .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>													
VACHES/TAUREAUX .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
CHEVAUX/ÂNES/MULES .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
CHÈVRES .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
MOUTONS .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
PORCS .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
CANARDS/CANES .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
POULES/COQS .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
123	Est-ce qu'un membre de votre ménage a un compte en banque ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																																		
126	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 136A																																	
127	Combien de moustiquaires votre ménage a t-il ?  SI 7 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES ..... <input type="text"/>																																		

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
128	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ(E) DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE  SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES	OBSERVÉE ..... 1 NON OBSERVÉE ... 2	OBSERVÉE ..... 1 NON OBSERVÉE ... 2	OBSERVÉE ..... 1 NON OBSERVÉE ... 2
129	Cela fait combien de mois que votre ménage a cette moustiquaire ?  SI MOINS D'UN MOIS, ENREGISTREZ '00'.	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ...  PLUS DE 36 MOIS ..... 95  PAS SÛR/NSP ... 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ...  PLUS DE 36 MOIS ..... 95  PAS SÛR/NSP ... 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ...  PLUS DE 36 MOIS ..... 95  PAS SÛR/NSP ... 98
130	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LA MARQUE/TYPE DE LA MOUSTIQUAIRE  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE ET QUE VOUS NE POUVEZ PAS OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE, MONTREZ UNE PHOTO D'UNE MOUSTIQUAIRE COURANTE À L'ENQUÊTÉ.	MOUSTIQUAIRE IMPRÉ- GNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MIILDA) PERMANET 2.0 . 11- OLYSET ..... 12- DURANET ..... 13- INTERCEPTOR BRAND ..... 14- YORKOOL LN BRAND ..... 15- LIFENET ..... 16- MAGNET ..... 17- SERENA ..... 18- NETPROTECT ... 19- AUTRE/ NSP MARQUE 21- (PASSER À 134) ←  AUTRE MARQUE ... 96 NSP MARQUE ..... 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉ- GNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MIILDA) PERMANET 2.0 . 11- OLYSET ..... 12- DURANET ..... 13- INTERCEPTOR BRAND ..... 14- YORKOOL LN BRAND ..... 15- LIFENET ..... 16- MAGNET ..... 17- SERENA ..... 18- NETPROTECT ... 19- AUTRE/ NSP MARQUE 21- (PASSER À 134) ←  AUTRE MARQUE ... 96 NSP MARQUE ..... 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉ- GNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MIILDA) PERMANET 2.0 . 11- OLYSET ..... 12- DURANET ..... 13- INTERCEPTOR BRAND ..... 14- YORKOOL LN BRAND ..... 15- LIFENET ..... 16- MAGNET ..... 17- SERENA ..... 18- NETPROTECT ... 19- AUTRE/ NSP MARQUE 21- (PASSER À 134) ←  AUTRE MARQUE ... 96 NSP MARQUE ..... 98
131	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle déjà traitée avec un insecticide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8
132	Depuis que vous avez cette moustiquaire, a-t-elle été trempée ou plongée dans un liquide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 134) ← PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 134) ← PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 134) ← PAS SÛR ..... 8
133	Cela fait combien de mois que la moustiquaire a été trempée ou plongée pour la dernière fois ?  SI MOINS D'1 MOIS, ENREGISTREZ '00'.	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ...  PLUS DE 24 MOIS ..... 95  PAS SÛR ..... 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ...  PLUS DE 24 MOIS ..... 95  PAS SÛR ..... 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ...  PLUS DE 24 MOIS ..... 95  PAS SÛR ..... 98
134	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 136) ← PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 136) ← PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 136) ← PAS SÛR ..... 8

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
135	Qui a dormi sous la moustiquaire la nuit dernière ?  ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA PERSONNE À PARTIR DU TABLEAU MÉNAGE.	NOM _____ 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 _____ 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 _____ 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 _____ 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"/>
136		RETOURNEZ À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 136A.	RETOURNEZ À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 136A.	ALLEZ À 128 À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 136A.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
136A	Comment attrape-t-on la malaria ?  INSISTER : Rien d'autre ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PIQÛRE MOUSTIQUE ..... A PIQÛRE AUTRES INSECTES ..... B TRANSFUSION SANGUINE ..... C TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT ..... D EAU DE BOISSON ..... E SORCELLERIE ..... F AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NSP ..... Z	
136B	Quels sont les signes du paludisme ?  INSISTER : Aucun autre signe ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	FIÈVRE ..... A MAUX DE TÊTE ..... B DOULEUR GÉNÉRALISÉE ..... C DIARRHÉE ..... D COMA ..... E FRISSONS ..... F CONVULSIONS ..... G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NSP ..... Z	
136C	Que faites-vous pour lutter et/ou vous protéger contre les moustiques ?  INSISTER : Rien d'autre ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	RIEN ..... A UTILISE INSECTICIDE ..... B UTILISE BÂTON FUMIGÈNE ..... C FUMIGATION À L'AIDE DES ESSENCES VÉGÉTALES ..... D UTILISE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE ..... E UTILISE MOUSTIQUAIRE SIMPLE ..... F ASSAINISSEMENT DU MILIEU ..... G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
137	Montrez-moi, s'il vous plait, où les membres du ménage se lavent le plus souvent les mains.	OBSERVÉ ..... 1 NON OBSERVÉ, PAS DANS LOGEMENT/ COUR/PARCELLE ..... 2 NON OBSERVÉ, PAS DE PERMISSION POUR VÉRIFIER ..... 3 NON OBSERVÉ, AUTRE RAISON ..... 4	→ 140
138	OBSERVATION SEULEMENT :  OBSERVEZ LA DISPONIBILITÉ D'EAU À L'ENDROIT OÙ LES MEMBRES DU MÉNAGE SE LAVENT LES MAINS.	EAU DISPONIBLE ..... 1 EAU NON DISPONIBLE ..... 2	
139	OBSERVATION SEULEMENT : OBSERVEZ LA PRÉSENCE DE SAVON, DÉTERGENT OU AUTRE PRODUIT POUR SE LAVER.	SAVON OU DÉTERGENT (EN MORCEAU, LIQUIDE, POUDRE, PÂTE) ..... A CENDRE, BOUE, SABLE ..... B AUCUN ..... C	
140	DEMANDER À L'ENQUÊTÉ UNE PETITE CUILLÈRE DE SEL POUR LA CUISINE.	PRÉSENCE D'IODE ..... 1 PAS D'IODE ..... 2  PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE ..... 3  SEL NON TESTÉ _____ 6 (PRÉCISEZ LA RAISON)	

**DÉPENSES DE SANTÉ "SOINS HOSPITALISATIONS"**

200	VÉRIFIER PAGE DE COUVERTURE : MÉNAGE PAS SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME	<input type="checkbox"/>	MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME	<input type="checkbox"/>	→ 300
201	VÉRIFIER LA COLONNE 22 DU TABLEAU MÉNAGE :	<input type="checkbox"/>	AUCUNE HOSPITALISATION	<input type="checkbox"/>	→ 221
202	VÉRIFIER COLONNE 22 DANS LE TABLEAU DU MÉNAGE : INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE CHAQUE MEMBRE DE MÉNAGE QUI A ÉTÉ HOSPITALISÉ. Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur les personnes du ménage qui sont restées toute une nuit dans une formation sanitaire au cours des six derniers mois. (SI PLUS DE 3 PATIENTS HOSPITALISÉS, UTILISER UN(DES) QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S)).				
203	VÉRIFIER LA COLONNE 22 DU TABLEAU MÉNAGE :	HOSPITA. MEMBRE 1	HOSPITA. MEMBRE 2	HOSPITA. MEMBRE 3	
		NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE	
204	NOM DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE	NOM	NOM	NOM	
205	Où (NOM) a-t-il/elle été hospitalisé(e) la dernière fois ?	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER)	
		<b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQU. PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ... 22 CABINET MÉDIC. 23 INFIRMIER AMBULANT ... 24 AUTRE SECTEUR MÉD. PRIV. _____ 26 (PRÉCISER)	<b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQU. PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ... 22 CABINET MÉDIC. 23 INFIRMIER AMBULANT ... 24 AUTRE SECTEUR MÉD. PRIV. _____ 26 (PRÉCISER)	<b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQU. PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ... 22 CABINET MÉDIC. 23 INFIRMIER AMBULANT ... 24 AUTRE SECTEUR MÉD. PRIV. _____ 26 (PRÉCISER)	
		<b>AUTRE</b> _____ 96 (PRÉCISER)	<b>AUTRE</b> _____ 96 (PRÉCISER)	<b>AUTRE</b> _____ 96 (PRÉCISER)	
206	Quelle était la principale raison de cette hospitalisation de (NOM) ?	SOINS PRÉNATALS/ POSTNATALS ... 01 ACCOUCHEMENT .. 02 FIÈVRE/PALUDISME 03 MALADIES AUTRES QUE FIÈVRE/ PALUDISME ..... 04 ACCIDENT/ BLESSURE ..... 05 AUTRE _____ 06 (PRÉCISER)	SOINS PRÉNATALS/ POSTNATALS ... 01 ACCOUCHEMENT .. 02 FIÈVRE/PALUDISME 03 MALADIES AUTRES QUE FIÈVRE/ PALUDISME ..... 04 ACCIDENT/ BLESSURE ..... 05 AUTRE _____ 06 (PRÉCISER)	SOINS PRÉNATALS/ POSTNATALS ... 01 ACCOUCHEMENT .. 02 FIÈVRE/PALUDISME 03 MALADIES AUTRES QUE FIÈVRE/ PALUDISME ..... 04 ACCIDENT/ BLESSURE ..... 05 AUTRE _____ 06 (PRÉCISER)	
207	Combien a-t-il été dépensé pour le traitement et les services que (NOM) a reçus durant sa dernière hospitalisation ? Nous voulons connaître le montant de toutes les dépenses pour cette dernière hospitalisation, y compris tous les frais pour les examens de laboratoire, les médicaments, les consultations, le transport, etc.	COÛT [ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT ..... 00000 EN NATURE ... 99995 (ALLEZ À 208) ← MOINS D'UN \$ 99996 NSP ..... 99998	COÛT [ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT ..... 00000 EN NATURE ... 99995 (ALLEZ À 208) ← MOINS D'UN \$ 99996 NSP ..... 99998	COÛT [ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT ..... 00000 EN NATURE ... 99995 (ALLEZ À 208) ← MOINS D'UN \$ 99996 NSP ..... 99998	
	MONTANT EN \$USD. CONVERTIR LES MONTANTS EN FC AU TAUX DE 1\$US=900 FRANCS CONGOLAIS				

		HOSPITA. MEMBRE 1 NOM _____	HOSPITA. MEMBRE 2 NOM _____	HOSPITA. MEMBRE 3 NOM _____																																																																																										
207A	Combien a-t-il été dépensé pour le traitement et les services suivants durant la dernière hospitalisation de (NOM) ?  Frais d'hospitalisation seulement sans médicaments, examens, etc. Médicaments et autres produits prescrits ..... Examens de labo non compris dans la facture d'hospitalisation .. Imagerie médicale non compris dans la facture d'hospitalisation ..  Transport .....  Autre ..... MONTANT EN \$USD. CONVERTIR LES MONTANTS EN FC AU TAUX DE 1\$US=900 FRANCS CONGOLAIS	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>POUR CHAQUE ITEM, UTILISEZ LES CODES CORRESPONDANT À 'GRATUIT', 'EN NATURE', MOINS D'1 \$, NSP' DE 207 SELON LE CAS. SI SANS OBJET' INSCRIRE '99992' POUR L'ITEM CONCERNÉ.</p>																															<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>POUR CHAQUE ITEM, UTILISEZ LES CODES CORRESPONDANT À 'GRATUIT', 'EN NATURE', MOINS D'1 \$, NSP' DE 207 SELON LE CAS. SI SANS OBJET' INSCRIRE '99992' POUR L'ITEM CONCERNÉ.</p>																															<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>POUR CHAQUE ITEM, UTILISEZ LES CODES CORRESPONDANT À 'GRATUIT', 'EN NATURE', MOINS D'1 \$, NSP' DE 207 SELON LE CAS. SI SANS OBJET' INSCRIRE '99992' POUR L'ITEM CONCERNÉ.</p>																														
208	(NOM) a-t-il/elle été hospitalisé(e) dans une formation sanitaire à un autre moment au cours des six derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 218) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 218) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 218) ←																																																																																										
209	Où (NOM) avait-il/elle été hospitalisé(e) l'avant-dernière fois ?	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 AUTRE PUBLIC ..... 16 (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQU. PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ... 22 CABINET MÉDIC. 23 INFIRMIER AMBULANT ... 24 AUTRE SECTEUR MÉD. PRIV. .... 26 (PRÉCISER)  <b>AUTRE</b> ..... 96 (PRÉCISER)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 AUTRE PUBLIC ..... 16 (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQU. PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ... 22 CABINET MÉDIC. 23 INFIRMIER AMBULANT ... 24 AUTRE SECTEUR MÉD. PRIV. .... 26 (PRÉCISER)  <b>AUTRE</b> ..... 96 (PRÉCISER)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 AUTRE PUBLIC ..... 16 (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQU. PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ... 22 CABINET MÉDIC. 23 INFIRMIER AMBULANT ... 24 AUTRE SECTEUR MÉD. PRIV. .... 26 (PRÉCISER)  <b>AUTRE</b> ..... 96 (PRÉCISER)																																																																																										
210	Quelle était la principale raison de l'avant-dernière hospitalisation de (NOM) ?	SOINS PRÉNATALS/ POSTNATALS ... 01 ACCOUCHEMENT .. 02 FIÈVRE/PALUDISME 03 MALADIES AUTRES QUE FIÈVRE/ PALUDISME ..... 04 ACCIDENT/ BLESSURE ..... 05 AUTRE ..... 06 (PRÉCISER)	SOINS PRÉNATALS/ POSTNATALS ... 01 ACCOUCHEMENT .. 02 FIÈVRE/PALUDISME 03 MALADIES AUTRES QUE FIÈVRE/ PALUDISME ..... 04 ACCIDENT/ BLESSURE ..... 05 AUTRE ..... 06 (PRÉCISER)	SOINS PRÉNATALS/ POSTNATALS ... 01 ACCOUCHEMENT .. 02 FIÈVRE/PALUDISME 03 MALADIES AUTRES QUE FIÈVRE/ PALUDISME ..... 04 ACCIDENT/ BLESSURE ..... 05 AUTRE ..... 06 (PRÉCISER)																																																																																										

		HOSPITA. MEMBRE 1	HOSPITA. MEMBRE 2	HOSPITA. MEMBRE 3																																																																																										
		NOM _____	NOM _____	NOM _____																																																																																										
211	<p>Combien a-t-il été dépensé pour le traitement et les services que (NOM) a reçus durant son avant-dernière hospitalisation ? Nous voulons connaître le montant de toutes les dépenses pour cette avant-dernière hospitalisation, y compris tous les frais pour les examens de laboratoire, les médicaments, les consultations, les transports, etc.</p> <p>MONTANT EN \$USD. CONVERTIR LES MONTANTS EN FC AU TAUX DE 1\$US=900 FRANCS CONGOLAIS</p>	<p>COÛT</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>GRATUIT ..... 00000  EN NATURE... 99995  (ALLEZ À 212) ←</p> <p>MOINS D'UN \$ 99996  NSP ..... 99998</p>						<p>COÛT</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>GRATUIT ..... 00000  EN NATURE... 99995  (ALLEZ À 212) ←</p> <p>MOINS D'UN \$ 99996  NSP ..... 99998</p>						<p>COÛT</p> <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>GRATUIT ..... 00000  EN NATURE... 99995  (ALLEZ À 212) ←</p> <p>MOINS D'UN \$ 99996  NSP ..... 99998</p>																																																																																
211A	<p>Combien a-t-il été dépensé pour le traitement et les services suivants durant l'avant-dernière hospitalisation de (NOM) ?</p> <p>Frais d'hospitalisation seulement sans médicaments, examens, etc.</p> <p>Médicaments et autres produits prescrits .....</p> <p>Examens de labo non compris dans la facture d'hospitalisation ..</p> <p>Imagerie médicale non compris dans la facture d'hospitalisation ..</p> <p>Transport .....</p> <p>Autre .....</p> <p>MONTANT EN \$USD. CONVERTIR LES MONTANTS EN FC AU TAUX DE 1\$US=900 FRANCS CONGOLAIS</p>	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>POUR CHAQUE ITEM, UTILISEZ LES CODES CORRESPONDANT À 'GRATUIT', 'EN NATURE', MOINS D'1 \$, NSP' DE 211 SELON LE CAS. SI SANS OBJET' INSCRIRE '99992' POUR L'ITEM CONCERNÉ.</p>																															<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>POUR CHAQUE ITEM, UTILISEZ LES CODES CORRESPONDANT À 'GRATUIT', 'EN NATURE', MOINS D'1 \$, NSP' DE 211 SELON LE CAS. SI SANS OBJET' INSCRIRE '99992' POUR L'ITEM CONCERNÉ.</p>																															<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>POUR CHAQUE ITEM, UTILISEZ LES CODES CORRESPONDANT À 'GRATUIT', 'EN NATURE', MOINS D'1 \$, NSP' DE 211 SELON LE CAS. SI SANS OBJET' INSCRIRE '99992' POUR L'ITEM CONCERNÉ.</p>																														
212	<p>À part les deux hospitalisations dont vous venez de me parler, (NOM) a-t-il/elle été hospitalisé(e) dans une formation sanitaire à un autre moment au cours des six derniers mois ?</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2  (ALLEZ À 218) ←</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2  (ALLEZ À 218) ←</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2  (ALLEZ À 218) ←</p>																																																																																										



		HOSPITA. MEMBRE 1	HOSPITA. MEMBRE 2	HOSPITA. MEMBRE 3
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
213	Où (NOM) avait-il/elle été hospitalisé(e) l'avant-avant dernière fois ?	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 AUTRE PUBLIC ..... 16 _____ (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQ. PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ... 22 CABINET MÉDIC. 23 INFIRMIER AMBULANT ... 24 AUTRE SECTEUR MÉD. PRIV. .... 26 _____ (PRÉCISER)  <b>AUTRE</b> ..... 96 _____ (PRÉCISER)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 AUTRE PUBLIC ..... 16 _____ (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQ. PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ... 22 CABINET MÉDIC. 23 INFIRMIER AMBULANT ... 24 AUTRE SECTEUR MÉD. PRIV. .... 26 _____ (PRÉCISER)  <b>AUTRE</b> ..... 96 _____ (PRÉCISER)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 AUTRE PUBLIC ..... 16 _____ (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQ. PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ... 22 CABINET MÉDIC. 23 INFIRMIER AMBULANT ... 24 AUTRE SECTEUR MÉD. PRIV. .... 26 _____ (PRÉCISER)  <b>AUTRE</b> ..... 96 _____ (PRÉCISER)
214	Quelle était la principale raison de l'avant-avant-dernière hospitalisation de (NOM) ?	SOINS PRÉNATALS/ POSTNATALS ... 01 ACCOUCHEMENT .. 02 FIÈVRE/PALUDISME 03 MALADIES AUTRES QUE FIÈVRE/ PALUDISME ..... 04 ACCIDENT/ BLESSURE ..... 05 AUTRE ..... 06 _____ (PRÉCISER)	SOINS PRÉNATALS/ POSTNATALS ... 01 ACCOUCHEMENT .. 02 FIÈVRE/PALUDISME 03 MALADIES AUTRES QUE FIÈVRE/ PALUDISME ..... 04 ACCIDENT/ BLESSURE ..... 05 AUTRE ..... 06 _____ (PRÉCISER)	SOINS PRÉNATALS/ POSTNATALS ... 01 ACCOUCHEMENT .. 02 FIÈVRE/PALUDISME 03 MALADIES AUTRES QUE FIÈVRE/ PALUDISME ..... 04 ACCIDENT/ BLESSURE ..... 05 AUTRE ..... 06 _____ (PRÉCISER)
215	Combien a-t-il été dépensé pour le traitement et les services que (NOM) a reçus durant son avant-avant-dernière hospitalisation ? Nous voulons connaître le montant de toutes les dépenses pour cette avant-avant-dernière hospitalisation, y compris tous les frais pour les examens de laboratoire, les médicaments, les consultations, le transport, etc.  MONTANT EN \$USD. CONVERTIR LES MONTANTS EN FC AU TAUX DE 1\$US=900 FRANCS CONGOLAIS	<b>COÛT</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 00000 EN NATURE ... 99995 (ALLEZ À 216) ← MOINS D'UN \$ 99996 NSP ..... 99998	<b>COÛT</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 00000 EN NATURE ... 99995 (ALLEZ À 216) ← MOINS D'UN \$ 99996 NSP ..... 99998	<b>COÛT</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 00000 EN NATURE ... 99995 (ALLEZ À 216) ← MOINS D'UN \$ 99996 NSP ..... 99998

		HOSPITA. MEMBRE 1	HOSPITA. MEMBRE 2	HOSPITA. MEMBRE 3																																																																																										
		NOM _____	NOM _____	NOM _____																																																																																										
215A	<p>Combien a-t-il été dépensé pour le traitement et les services suivants durant l'avant-avant-dernière hospitalisation de (NOM)?</p> <p>Frais d'hospitalisation seulement sans médicaments, examens, etc.</p> <p>Médicaments et autres produits prescrits .....</p> <p>Examens de labo non compris dans la facture d'hospitalisation ..</p> <p>Imagerie médicale non compris dans la facture d'hospitalisation ..</p> <p>Transport .....</p> <p>Autre .....</p> <p>MONTANT EN \$USD. CONVERTIR LES MONTANTS EN FC AU TAUX DE 1\$US=900 FRANCS CONGOLAIS</p>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>POUR CHAQUE ITEM, UTILISEZ LES CODES CORRESPONDANT À 'GRATUIT', 'EN NATURE', MOINS D'1 \$, NSP' DE 215 SELON LE CAS. SI SANS OBJET INSCRIRE '99992' POUR L'ITEM CONCERNÉ.</p>																															<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>POUR CHAQUE ITEM, UTILISEZ LES CODES CORRESPONDANT À 'GRATUIT', 'EN NATURE', MOINS D'1 \$, NSP' DE 215 SELON LE CAS. SI SANS OBJET INSCRIRE '99992' POUR L'ITEM CONCERNÉ.</p>																															<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>POUR CHAQUE ITEM, UTILISEZ LES CODES CORRESPONDANT À 'GRATUIT', 'EN NATURE', MOINS D'1 \$, NSP' DE 215 SELON LE CAS. SI SANS OBJET INSCRIRE '99992' POUR L'ITEM CONCERNÉ.</p>																														
216	À part les trois hospitalisations dont vous venez de me parler, (NOM) a-t-il/elle été hospitalisé(e) à un autre moment au cours des six derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 218) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 218) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 218) ←																																																																																										
217	Au total, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été hospitalisé(e) dans une formation sanitaire au cours des six derniers mois ?	NOMBRE HOSPITALI- TIONS ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOMBRE HOSPITALI- TIONS ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOMBRE HOSPITALI- TIONS ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																																																																																						
218	(NOM) est-il/elle couvert(e) par une assurance santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 220) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 220) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 220) ← NSP ..... 8																																																																																										
219	Par quel type principal d'assurance santé (NOM) est-il/elle couvert(e) ?	ASSURANCE MU- TUELLE/ASSU- RANCE SANTÉ COMMUNAU- TAIRE ..... 1 ASSURANCE SAN- TÉ PAR L'EM- PLOYEUR ..... 2 SÉCURITÉ SOCIALE ..... 3 AUTRE ASSURAN- CE PRIVÉE COMMERCIALE . 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NSP ..... 8	ASSURANCE MU- TUELLE/ASSU- RANCE SANTÉ COMMUNAU- TAIRE ..... 1 ASSURANCE SAN- TÉ PAR L'EM- PLOYEUR ..... 2 SÉCURITÉ SOCIALE ..... 3 AUTRE ASSURAN- CE PRIVÉE COMMERCIALE . 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NSP ..... 8	ASSURANCE MU- TUELLE/ASSU- RANCE SANTÉ COMMUNAU- TAIRE ..... 1 ASSURANCE SAN- TÉ PAR L'EM- PLOYEUR ..... 2 SÉCURITÉ SOCIALE ..... 3 AUTRE ASSURAN- CE PRIVÉE COMMERCIALE . 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NSP ..... 8																																																																																										
220		RETOURNEZ À 205 DANS LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE MALADE HOS- PITALISÉ, ALLEZ À 221.	RETOURNEZ À 205 DANS LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE MALADE HOS- PITALISÉ, ALLEZ À 221.	RETOURNEZ À 205 DANS LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE MALADE HOSPITALISÉ, ALLEZ À 221.																																																																																										

**DÉPENSES DE SANTÉ "SOINS AMBULATOIRES"**

221	VÉRIFIER LA COLONNE 24 DU TABLEAU MÉNAGE : AU MOINS UNE FOIS DES SOINS AMBULATOIRES <input type="checkbox"/> AUCUNE FOIS DES SOINS AMBULATOIRES <input type="checkbox"/> → 242			
222	VÉRIFIER COLONNE 24 DU TABLEAU MÉNAGE : INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE (Q.223) ET LE NOM DE CHAQUE MEMBRE DU MÉNAGE (Q.224) AYANT REÇU DES SOINS AMBULATOIRES. Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur les personnes du ménage qui ont reçu des soins auprès d'un prestataire de santé, d'un pharmacien, ou d'un guérisseur traditionnel sans être hospitalisé(e) y compris pour des visites de planification familiale, soins prénatal/postnatal, suivi de la santé infantile, au cours des quatre dernières semaines. (SI PLUS DE 3 PERSONNES AYANT REÇU DES SOINS, UTILISEZ UN(DES) QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S))			
223	N° DE LIGNE DE LA COLONNE 24 DANS LE TABLEAU MÉNAGE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	SOINS AMBULA. MEMBRE 1 NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	SOINS AMBULA. MEMBRE 2 NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	SOINS AMBULA. MEMBRE 3 NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
224	NOM DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE NOM _____	NOM _____	NOM _____	NOM _____
225	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les soins de santé que (NOM) a reçu au cours des 4 dernières semaines, sans être hospitalisé(e). Où ou auprès de qui (NOM) a-t-il/elle reçu des soins la dernière fois (sans être hospitalisé(e)) ?	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 CLINIQUE MOB. . 15 INFIRMIER AM-BULANT ..... 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 17 _____ (PRÉCISER) <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ... 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE MOBILE 24 CABINET MÉD. PRIVÉ ..... 25 INFIRMIER AM-BULANT ..... 26 AUTRE SECTEUR MÉD. PRIVÉ ..... 27 _____ (PRÉCISER) <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> BOUTIQUE ..... 31 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... 32 VENDEUR AM-BULANT ..... 33 AUTRE ..... 96 _____ (PRÉCISER)	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 CLINIQUE MOB. . 15 INFIRMIER AM-BULANT ..... 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 17 _____ (PRÉCISER) <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ... 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE MOBILE 24 CABINET MÉD. PRIVÉ ..... 25 INFIRMIER AM-BULANT ..... 26 AUTRE SECTEUR MÉD. PRIVÉ ..... 27 _____ (PRÉCISER) <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> BOUTIQUE ..... 31 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... 32 VENDEUR AM-BULANT ..... 33 AUTRE ..... 96 _____ (PRÉCISER)	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 CLINIQUE MOB. . 15 INFIRMIER AM-BULANT ..... 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 17 _____ (PRÉCISER) <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ... 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE MOBILE 24 CABINET MÉD. PRIVÉ ..... 25 INFIRMIER AM-BULANT ..... 26 AUTRE SECTEUR MÉD. PRIVÉ ..... 27 _____ (PRÉCISER) <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> BOUTIQUE ..... 31 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... 32 VENDEUR AM-BULANT ..... 33 AUTRE ..... 96 _____ (PRÉCISER)

		SOINS AMBULA. MEMBRE 1	SOINS AMBULA. MEMBRE 2	SOINS AMBULA. MEMBRE 3
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
226	Quelle était la principale raison pour laquelle (NOM) a reçu des soins de santé la dernière fois ?	PLANIFICATION FAMILIALE ..... 01 SOINS PRÉNATLS/ POSTNATALS ... 02 SUIVI SANTÉ INFANTILE ..... 03 MALARIA (PALU) 04 FIÈVRE ..... 05 DIARRHÉE ..... 06 VIH/SIDA/IST ..... 07 AUTRE MALADIE ... 08 CONTRÔLE/SOINS PRÉVENTIFS ... 09 ACCIDENT/ BLESSURE ..... 10 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98	PLANIFICATION FAMILIALE ..... 01 SOINS PRÉNATLS/ POSTNATALS ... 02 SUIVI SANTÉ INFANTILE ..... 03 MALARIA (PALU) 04 FIÈVRE ..... 05 DIARRHÉE ..... 06 VIH/SIDA/IST ..... 07 AUTRE MALADIE ... 08 CONTRÔLE/SOINS PRÉVENTIFS ... 09 ACCIDENT/ BLESSURE ..... 10 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98	PLANIFICATION FAMILIALE ..... 01 SOINS PRÉNATLS/ POSTNATALS ... 02 SUIVI SANTÉ INFANTILE ..... 03 MALARIA (PALU) 04 FIÈVRE ..... 05 DIARRHÉE ..... 06 VIH/SIDA/IST ..... 07 AUTRE MALADIE ... 08 CONTRÔLE/SOINS PRÉVENTIFS ... 09 ACCIDENT/ BLESSURE ..... 10 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98
227	Combien a-t-il été dépensé pour le traitement et les services que (NOM) a reçus à (NOM ENDROIT DE Q.225) ? Incluez, s'il vous plaît, les frais de consultation ainsi que les médicaments, les examens, et le transport.  MONTANT EN \$USD. CONVERTIR LES MONTANTS EN FC AU TAUX DE 1\$US=900 FRANCS CONGOLAIS	COÛT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 00000 EN NATURE ... 99995 (ALLEZ À 228) ← MOINS D'UN \$ 99996 NSP ..... 99998	COÛT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 00000 EN NATURE ... 99995 (ALLEZ À 228) ← MOINS D'UN \$ 99996 NSP ..... 99998	COÛT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 00000 EN NATURE ... 99995 (ALLEZ À 228) ← MOINS D'UN \$ 99996 NSP ..... 99998
227A	Combien a-t-il été dépensé pour le traitement et les services suivants que (NOM) a reçus à (NOM ENDROIT DE Q.225) la dernière fois ?  Frais de consultation et des soins Médicaments et autres produits prescrits .....  Examens de labo .....  Imagerie médicale ..... Biens médicaux (lunettes, prothèses) .....  Transport .....  Autre .....  MONTANT EN \$USD. CONVERTIR LES MONTANTS EN FC AU TAUX DE 1\$US=900 FRANCS CONGOLAIS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POUR CHAQUE ITEM, UTILISEZ LES CODES CORRESPONDANT À 'GRATUIT', 'EN NATURE', MOINS D'1 \$', NSP' DE 227 SELON LE CAS. SI SANS OBJET' INSCRIRE '99992' POUR L'ITEM CONCERNÉ.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POUR CHAQUE ITEM, UTILISEZ LES CODES CORRESPONDANT À 'GRATUIT', 'EN NATURE', MOINS D'1 \$', NSP' DE 227 SELON LE CAS. SI SANS OBJET' INSCRIRE '99992' POUR L'ITEM CONCERNÉ.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POUR CHAQUE ITEM, UTILISEZ LES CODES CORRESPONDANT À 'GRATUIT', 'EN NATURE', MOINS D'1 \$', NSP' DE 227 SELON LE CAS. SI SANS OBJET' INSCRIRE '99992' POUR L'ITEM CONCERNÉ.
228	(NOM) a-t-il/elle reçu des soins à un autre moment au cours des quatre dernières semaines d'un prestataire de santé, d'un pharmacien, ou d'un guérisseur traditionnel, sans être hospitalisé(e) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 239) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 239) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 239) ←

		SOINS AMBULA. MEMBRE 1	SOINS AMBULA. MEMBRE 2	SOINS AMBULA. MEMBRE 3
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
229	Où ou auprès de qui (NOM) a-t-il/elle reçu des soins de santé l'avant-dernière fois sans être hospitalisé(e) ?	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 CLINIQUE MOB. .... 15 INFIRMIER AM-BULANT ..... 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 17 _____ (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ... 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE MOBILE 24 CABINET MÉD. PRIVÉ ..... 25 INFIRMIER AM-BULANT ..... 26 AUTRE SECTEUR MÉD. PRIVÉ ..... 27 _____ (PRÉCISER)  <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE ..... 31 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... 32 VENDEUR AM-BULANT ..... 33 <b>AUTRE</b> ..... 96 _____ (PRÉCISER)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 CLINIQUE MOB. .... 15 INFIRMIER AM-BULANT ..... 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 17 _____ (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ... 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE MOBILE 24 CABINET MÉD. PRIVÉ ..... 25 INFIRMIER AM-BULANT ..... 26 AUTRE SECTEUR MÉD. PRIVÉ ..... 27 _____ (PRÉCISER)  <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE ..... 31 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... 32 VENDEUR AM-BULANT ..... 33 <b>AUTRE</b> ..... 96 _____ (PRÉCISER)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 CLINIQUE MOB. .... 15 INFIRMIER AM-BULANT ..... 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 17 _____ (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ... 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE MOBILE 24 CABINET MÉD. PRIVÉ ..... 25 INFIRMIER AM-BULANT ..... 26 AUTRE SECTEUR MÉD. PRIVÉ ..... 27 _____ (PRÉCISER)  <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE ..... 31 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... 32 VENDEUR AM-BULANT ..... 33 <b>AUTRE</b> ..... 96 _____ (PRÉCISER)
230	Quelle était la principale raison de recours aux soins de santé l'avant-dernière fois pour (NOM) ?	PLANIFICATION FAMILIALE ..... 01 SOINS PRÉNATLS/POSTNATALS ... 02 SUIVI SANTÉ INFANTILE ..... 03 MALARIA (PALU) 04 FIÈVRE ..... 05 DIARRHÉE ..... 06 VIH/SIDA/IST ..... 07 AUTRE MALADIE ... 08 CONTRÔLE/SOINS PRÉVENTIFS ... 09 ACCIDENT/BLESSURE ..... 10 AUTRE ..... 96 _____ (PRÉCISER) NSP ..... 98	PLANIFICATION FAMILIALE ..... 01 SOINS PRÉNATLS/POSTNATALS ... 02 SUIVI SANTÉ INFANTILE ..... 03 MALARIA (PALU) 04 FIÈVRE ..... 05 DIARRHÉE ..... 06 VIH/SIDA/IST ..... 07 AUTRE MALADIE ... 08 CONTRÔLE/SOINS PRÉVENTIFS ... 09 ACCIDENT/BLESSURE ..... 10 AUTRE ..... 96 _____ (PRÉCISER) NSP ..... 98	PLANIFICATION FAMILIALE ..... 01 SOINS PRÉNATLS/POSTNATALS ... 02 SUIVI SANTÉ INFANTILE ..... 03 MALARIA (PALU) 04 FIÈVRE ..... 05 DIARRHÉE ..... 06 VIH/SIDA/IST ..... 07 AUTRE MALADIE ... 08 CONTRÔLE/SOINS PRÉVENTIFS ... 09 ACCIDENT/BLESSURE ..... 10 AUTRE ..... 96 _____ (PRÉCISER) NSP ..... 98
231	Combien a-t-il été dépensé pour le traitement et les services que (NOM) a reçus à (NOM DANS Q.229) ? Incluez, s'il vous plaît, les frais de consultation ainsi que les médicaments, les examens, et le transport.  MONTANT EN \$USD. CONVERTIR LES MONTANTS EN FC AU TAUX DE 1\$US=900 FRANCS CONGOLAIS	<b>COÛT</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 00000 EN NATURE ... 99995 (ALLEZ À 232) ← MOINS D'UN \$ 99996 NSP ..... 99998	<b>COÛT</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 00000 EN NATURE ... 99995 (ALLEZ À 232) ← MOINS D'UN \$ 99996 NSP ..... 99998	<b>COÛT</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 00000 EN NATURE ... 99995 (ALLEZ À 232) ← MOINS D'UN \$ 99996 NSP ..... 99998

		SOINS AMBULA. MEMBRE 1	SOINS AMBULA. MEMBRE 2	SOINS AMBULA. MEMBRE 3																																																																																																																								
		NOM _____	NOM _____	NOM _____																																																																																																																								
231A	Combien a-t-il été dépensé pour le traitement et les services suivants que (NOM) a reçus à (NOM ENDROIT DE Q.229) l'avant-dernière fois ?  Frais de consultation et des soins Médicaments et autres produits prescrits ..... Examens de labo ..... Imagerie médicale ..... Biens médicaux (lunettes, prothèses) ..... Transport ..... Autre ..... MONTANT EN \$USD. CONVERTIR LES MONTANTS EN FC AU TAUX DE 1\$US=900 FRANCS CONGOLAIS	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>POUR CHAQUE ITEM, UTILISEZ LES CODES CORRESPONDANT À 'GRATUIT', 'EN NATURE', MOINS D'1 \$, NSP' DE 231 SELON LE CAS. SI SANS OBJET' INSCRIRE '99992' POUR L'ITEM CONCERNÉ.</p>																																									<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>POUR CHAQUE ITEM, UTILISEZ LES CODES CORRESPONDANT À 'GRATUIT', 'EN NATURE', MOINS D'1 \$, NSP' DE 231 SELON LE CAS. SI SANS OBJET' INSCRIRE '99992' POUR L'ITEM CONCERNÉ.</p>																																									<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>POUR CHAQUE ITEM, UTILISEZ LES CODES CORRESPONDANT À 'GRATUIT', 'EN NATURE', MOINS D'1 \$, NSP' DE 231 SELON LE CAS. SI SANS OBJET' INSCRIRE '99992' POUR L'ITEM CONCERNÉ.</p>																																								
232	À part les deux fois dont vous venez de me parler, (NOM) a-t-il/elle reçu des soins à un autre moment au cours des quatre dernières semaines d'un prestataire de santé, d'un pharmacien, ou d'un guérisseur traditionnel, sans être hospitalisé(e) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 239) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 239) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 239) ←																																																																																																																								
233	Où ou auprès de qui (NOM) a-t-il/elle reçu des soins de santé l'avant-dernière fois sans être hospitalisé(e) ?	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 CLINIQUE MOB. . . 15 INFIRMIER AMBULANT ..... 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 17 (PRÉCISER) <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE . . . 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE MOBILE 24 CABINET MÉD. PRIVÉ ..... 25 INFIRMIER AMBULANT ..... 26 AUTRE SECTEUR MÉD. PRIVÉ ..... 27 (PRÉCISER) <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE ..... 31 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... 32 VENDEUR AMBULANT ..... 33 <b>AUTRE</b> ..... 96 (PRÉCISER)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 CLINIQUE MOB. . . 15 INFIRMIER AMBULANT ..... 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 17 (PRÉCISER) <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE . . . 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE MOBILE 24 CABINET MÉD. PRIVÉ ..... 25 INFIRMIER AMBULANT ..... 26 AUTRE SECTEUR MÉD. PRIVÉ ..... 27 (PRÉCISER) <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE ..... 31 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... 32 VENDEUR AMBULANT ..... 33 <b>AUTRE</b> ..... 96 (PRÉCISER)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 CLINIQUE MOB. . . 15 INFIRMIER AMBULANT ..... 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 17 (PRÉCISER) <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE . . . 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE MOBILE 24 CABINET MÉD. PRIVÉ ..... 25 INFIRMIER AMBULANT ..... 26 AUTRE SECTEUR MÉD. PRIVÉ ..... 27 (PRÉCISER) <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE ..... 31 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... 32 VENDEUR AMBULANT ..... 33 <b>AUTRE</b> ..... 96 (PRÉCISER)																																																																																																																								

		SOINS AMBULA. MEMBRE 1	SOINS AMBULA. MEMBRE 2	SOINS AMBULA. MEMBRE 3
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
234	Quelle était la principale raison de recours aux soins de santé l'avant-avant-dernière fois pour (NOM) ?	PLANIFICATION FAMILIALE ..... 01 SOINS PRÉNATLS/ POSTNATALS ... 02 SUIVI SANTÉ INFANTILE ..... 03 MALARIA (PALU) 04 FIÈVRE ..... 05 DIARRHÉE ..... 06 VIH/SIDA/IST ..... 07 AUTRE MALADIE ... 08 CONTRÔLE/SOINS PRÉVENTIFS ... 09 ACCIDENT/ BLESSURE ..... 10 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98	PLANIFICATION FAMILIALE ..... 01 SOINS PRÉNATLS/ POSTNATALS ... 02 SUIVI SANTÉ INFANTILE ..... 03 MALARIA (PALU) 04 FIÈVRE ..... 05 DIARRHÉE ..... 06 VIH/SIDA/IST ..... 07 AUTRE MALADIE ... 08 CONTRÔLE/SOINS PRÉVENTIFS ... 09 ACCIDENT/ BLESSURE ..... 10 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98	PLANIFICATION FAMILIALE ..... 01 SOINS PRÉNATLS/ POSTNATALS ... 02 SUIVI SANTÉ INFANTILE ..... 03 MALARIA (PALU) 04 FIÈVRE ..... 05 DIARRHÉE ..... 06 VIH/SIDA/IST ..... 07 AUTRE MALADIE ... 08 CONTRÔLE/SOINS PRÉVENTIFS ... 09 ACCIDENT/ BLESSURE ..... 10 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98
235	Combien a-t-il été dépensé pour le traitement et les services que (NOM) a reçus à (NOM DANS Q.233) ? Incluez, s'il vous plaît, les frais de consultation ainsi que les médicaments, les examens, et le transport. MONTANT EN \$USD. CONVERTIR LES MONTANTS EN FC AU TAUX DE 1\$US=900 FRANCS CONGOLAIS	COÛT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 00000 EN NATURE ... 99995 (ALLEZ À 236) ← MOINS D'UN \$ 99996 NSP ..... 99998	COÛT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 00000 EN NATURE ... 99995 (ALLEZ À 236) ← MOINS D'UN \$ 99996 NSP ..... 99998	COÛT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 00000 EN NATURE ... 99995 (ALLEZ À 236) ← MOINS D'UN \$ 99996 NSP ..... 99998
235A	Combien a-t-il été dépensé pour le traitement et les services suivants que (NOM) a reçus à (NOM ENDROIT DE Q.233) l'avant-avant-dernière fois ?  Frais de consultation et des soins Médicaments et autres produits prescrits .....  Examens de labo .....  Imagerie médicale ..... Biens médicaux (lunettes, prothèses) .....  Transport .....  Autre ..... MONTANT EN \$USD. CONVERTIR LES MONTANTS EN FC AU TAUX DE 1\$US=900 FRANCS CONGOLAIS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POUR CHAQUE ITEM, UTILISEZ LES CODES CORRESPONDANT À 'GRATUIT', 'EN NATURE', MOINS D'1 \$, NSP' DE 227 SELON LE CAS. SI SANS OBJET INSCRIRE '99992' POUR L'ITEM CONCERNÉ.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POUR CHAQUE ITEM, UTILISEZ LES CODES CORRESPONDANT À 'GRATUIT', 'EN NATURE', MOINS D'1 \$, NSP' DE 227 SELON LE CAS. SI SANS OBJET INSCRIRE '99992' POUR L'ITEM CONCERNÉ.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POUR CHAQUE ITEM, UTILISEZ LES CODES CORRESPONDANT À 'GRATUIT', 'EN NATURE', MOINS D'1 \$, NSP' DE 227 SELON LE CAS. SI SANS OBJET INSCRIRE '99992' POUR L'ITEM CONCERNÉ.
236	À part les trois fois dont vous venez de me parler, des soins de santé ont-ils été recherchés pour (NOM) à un autre moment au cours des quatre dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 239) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 239) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 239) ←
237	Combien d'autres fois (NOM) a-t-il/elle reçu des soins ambulatoires au cours des quatre dernières semaines ?	NOMBRE DE FOIS AUTRES RECOUS SOINS SANT. <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS AUTRES RECOUS SOINS SANT. <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS AUTRES RECOUS SOINS SANT. <input type="text"/> <input type="text"/>

		SOINS AMBULA. MEMBRE 1	SOINS AMBULA. MEMBRE 2	SOINS AMBULA. MEMBRE 3
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
238	Combien de fois de l'argent a-t-il été dépensé ?	NOMBRE DE FOIS PAIEMENT EFFECTUÉ <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS PAIEMENT EFFECTUÉ <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS PAIEMENT EFFECTUÉ <input type="text"/> <input type="text"/>
239	(NOM) est-il/elle couvert(e) par une assurance santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 241) ←   NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 241) ←   NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 241) ←   NSP ..... 8
240	Par quel type principal d'assurance santé (NOM) est-il/elle couvert(e) ?	ASSURANCE MUTUELLE/ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... 1 ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR ..... 2 SÉCURITÉ SOCIALE ..... 3 AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE . 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NSP ..... 8	ASSURANCE MUTUELLE/ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... 1 ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR ..... 2 SÉCURITÉ SOCIALE ..... 3 AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE . 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NSP ..... 8	ASSURANCE MUTUELLE/ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... 1 ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR ..... 2 SÉCURITÉ SOCIALE ..... 3 AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE . 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NSP ..... 8
241		RETOURNEZ À 225 DANS LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE MALADE AMBULATOIRE, ALLEZ À 242.	RETOURNEZ À 225 DANS LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE MALADE AMBULATOIRE, ALLEZ À 242.	RETOURNEZ À 225 DANS LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE MALADE AMBULATOIRE, ALLEZ À 242.
242	Parfois, des gens achètent des vitamines, des médicaments et des plantes médicinales sans consulter un prestataire de santé, un pharmacien, ou un guérisseur traditionnel. Ils peuvent aussi acheter d'autres accessoires de santé tels que du sparadrap, un thermomètre, ou d'autres appareils, etc. sans avis médical. Au cours des quatre dernières semaines, combien avez-vous dépensé pour ce type d'achat pour les membres de votre ménage ?  MONTANT EN \$USD. CONVERTIR LES MONTANTS EN FC AU TAUX DE 1\$US=900 FRANCS CONGOLAIS		COÛT ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> RIEN ..... 00000 NATURE SEULEMENT ..... 99995 NSP ..... 99998	



**SÉLECTION D'UN SEUL ENFANT POUR "TRAVAIL DES ENFANTS" ET "DISCIPLINE DE L'ENFANT"**

244 VÉRIFIER COLONNES (5) ET (7) DU TABLEAU MÉNAGE: NOMBRE D'ENFANTS DE 1 A 17 ANS QUI RÉSIDENT HABITUELLEMENT DANS LE MÉNAGE :

2 OU PLUS  UN SEUL  AUCUN  → 292

↓ 252

**TABLEAU 1: ENFANTS ÂGÉS DE 1-17 ANS ÉLIGIBLES POUR LES QUESTIONS POUR "TRAVAIL" / "DISCIPLINE" DES ENFANTS**

ENREGISTRER, DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS, CHAQUE ENFANT ÂGÉ DE 1-17 ANS DANS LE MÊME ORDRE QUE CELUI DANS LE TABLEAU DE MÉNAGE. NE PAS INCLURE LES AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE DONT L'ÂGE SE SITUE À L'EXTÉRIEUR DE L'INTERVALLE 1-17 ANS. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, LE SEXE, ET L'ÂGE DE CHAQUE ENFANT. PUIS ENREGISTRER LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ÂGÉS DE 1-17 ANS DANS LA CASE RÉSERVÉE (Q.250)

245 N° DE RANG	246 NUMÉRO DE LIGNE DE Q.1	247 NOM DE Q.2	248 SEXE DE Q.4		249 ÂGE DE Q.7
1	<input type="text"/>		M 1	F 2	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>		M 1	F 2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>		M 1	F 2	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>		M 1	F 2	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>		M 1	F 2	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>		M 1	F 2	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>		M 1	F 2	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>		M 1	F 2	<input type="text"/>
250	<b>TOTAL ENFANTS ÂGÉS DE 1-17 ANS</b>				<input type="text"/>

**TABLEAU 2 : SÉLECTION ALÉATOIRE POUR LES QUESTIONS SUR "LE TRAVAIL" ET "LA DISCIPLINE" DES ENFANTS**

UTILISEZ CE TABLEAU POUR SÉLECTIONNER UN DES ENFANTS ÂGÉS DE 1-17 ANS.

- PRENEZ LE DERNIER CHIFFRE DU NUMÉRO DE MÉNAGE INSCRIT SUR LA PAGE DE COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE.
- CE CHIFFRE EST CELUI DE LA LIGNE À SÉLECTIONNER.
- VÉRIFIEZ LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES À Q.250
- CE NOMBRE EST CELUI DE LA COLONNE À SÉLECTIONNER.
- TROUVEZ LA CASE QUI CORRESPOND À L'INTERSECTION DE LA LIGNE ET DE LA COLONNE IDENTIFIÉES ET ENCERCLER CE CHIFFRE.
- CE CHIFFRE CORRESPOND AU RANG QU'OCCUPE L'ENFANT QUI SERA SÉLECTIONNÉ POUR "LE TRAVAIL" ET "LA DISCIPLINE" DES ENFANTS (LE 1<sup>ER</sup>, 2<sup>EME</sup>, 3<sup>EME</sup>, ETC.)

EXEMPLE:

LE NUMÉRO DE MÉNAGE EST 36 : SÉLECTIONNER LA LIGNE 6.

IL Y A 3 ENFANTS ÉLIGIBLES DANS CE MÉNAGE, SÉLECTIONNER LA COLONNE 3.

LA CASE À L'INTERSECTION DE LA LIGNE 6 ET DE LA COLONNE 3 CONTIENT LE CHIFFRE 2 : LE 2<sup>EME</sup> ENFANT ÉLIGIBLE LISTÉ DANS LE TABLEAU MÉNAGE SERA SÉLECTIONNÉ. SI LE NUMÉRO DE LIGNE DES 3 ENFANTS ÉLIGIBLES EST : '07', '11' ET '16', L'ENFANT SÉLECTIONNÉ EST LE 2<sup>EME</sup> ENFANT LISTÉ, SOIT CELUI DU NUMÉRO DE LIGNE '11'.

251 DERNIER CHIFFRE DU NUMÉRO DE MÉNAGE	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES DANS LE MÉNAGE							
	1	2	3	4	5	6	7	8+
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	<b>2</b>	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

252 ENREGISTRER LE RANG (Q.245), LE NUMÉRO DE LIGNE (Q.246), LE NOM (Q.247) ET L'ÂGE (Q.249) DE L'ENFANT SÉLECTIONNÉ

RANG DE L'ENFANT

NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT \_\_\_\_\_

ÂGE DE L'ENFANT



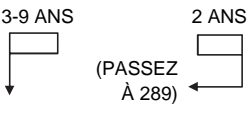
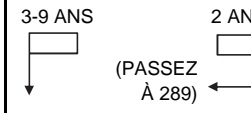
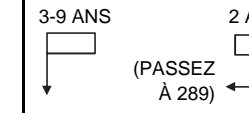
N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
261	Comment décririez-vous l'environnement de travail de (NOM) ?  [A] Est-ce que (NOM) est exposé à la poussière, à la fumée ou au gaz ?  [B] Est-ce que (NOM) est exposé au froid, à la chaleur ou à de l'humidité extrême ?  [C] Est-ce que (NOM) est exposé à des bruits intenses ou des vibrations ?  [D] Est-ce que (NOM) est exposé à un travail en hauteur ?  [E] Est-ce que (NOM) est exposé à des produits chimiques (pesticides, colles, etc.) ou à des explosifs ?  [F] Est-ce que (NOM) est exposé à d'autres choses, procédés ou conditions mauvaises pour sa santé ou sa sécurité ?	OUI ..... 1 NON ..... 2  OUI ..... 1 NON ..... 2  OUI ..... 1 NON ..... 2  OUI ..... 1 NON ..... 2  OUI ..... 1 NON ..... 2  OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 262  → 262  → 262  → 262  → 262
262	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, (NOM) est-il /elle allé(e) chercher de l'eau ou ramasser du bois pour le ménage ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 264
263	Au total, depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures (NOM) a-t-il/elle passé à chercher de l'eau ou à ramasser du bois pour le ménage ?  SI MOINS D'UNE HEURE, ENREGISTRER "00"	NOMBRE D'HEURES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
264	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, est-ce que (NOM) a fait une des tâches suivantes pour le ménage :  [A] Des achats pour le ménage ?  [B] Réparer n'importe quel équipement du ménage ?  [C] Cuisiner ou nettoyer des ustensiles ou la maison ?  [D] Laver les vêtements ?  [E] Prendre soin des enfants ?  [F] Prendre soin des personnes âgées ou malades ?  [G] Autres tâches pour le ménage ?	O N U O I N  ACHATS POUR LE MÉNAGE ..... 1 2  RÉPARATIONS D'ÉQUIPEMENT ... 1 2  CUISINER /LAVÉ USTENSILES/ MAISON ..... 1 2  LAVÉ LES VÊTEMENTS ..... 1 2  PRENDRE SOIN DES ENFANTS ... 1 2  PRENDRE SOINS DES PERSONNES ÂGÉES/DES MALADES ..... 1 2  AUTRES TÂCHES ..... 1 2	
265	VÉRIFIEZ 264 [A] À [G] :  AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> AUCUN 'OUI' <input type="checkbox"/>		→ 270
266	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures à peu près, (NOM) a-t-il/elle passé dans cette/ces activité(s) ?	NOMBRE D'HEURES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

## DISCIPLINE DE L'ENFANT

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
270	<p>VÉRIFIEZ 252 : ÂGE ENFANT SÉLECTIONNÉ</p> <p style="text-align: center;">1 - 14 ANS <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>      15 - 17 ANS <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p>		→275
271	<p>INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE L'ENFANT À PARTIR DE 252</p>	<p>NUMÉRO DE LIGNE ..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>NOM DE L'ENFANT _____</p>	
272	<p>Les adultes utilisent certains moyens pour apprendre aux enfants à bien se comporter ou pour traiter des problèmes de comportement. Je vais vous lire une liste de méthodes qui sont utilisées et j'aimerais que vous me disiez <b>si vous avez ou quelqu'un d'autre de votre ménage</b> a utilisé une de ces méthodes avec (NOM) <b>au cours du mois dernier</b>.</p> <p>[A] Retirer des privilèges, interdire quelque chose que (NOM) aime faire ou ne pas lui permettre de quitter la maison.</p> <p>[B] Expliquer à (NOM) pourquoi son comportement n'est pas acceptable.</p> <p>[C] Le/la secouer.</p> <p>[D] Hurler, lui crier après.</p> <p>[E] Lui donner quelque chose d'autre à faire.</p> <p>[F] Lui donner une fessée, le frapper ou le taper sur les fesses à main nues.</p> <p>[G] Le/la frapper sur les fesses ou sur une autre partie du corps avec quelque chose tel ceinture, brosse à cheveux, bâton ou autre objet dur.</p> <p>[H] Le/la traiter d'idiot(e), de (paresseux/paresseuse) ou d'un autre nom comme ça.</p> <p>[I] Le/la frapper ou le/la gifler sur le visage, la tête ou les oreilles.</p> <p>[J] Le/la frapper ou le/la taper sur les mains, les bras ou les jambes.</p> <p>[K] Le/la battre, c'est-à-dire le/la Frapper encore et encore aussi fort que possible.</p>	<p style="text-align: right;">OUI NON</p> <p style="text-align: right;">O N U O I N</p> <p>RETIRER DES PRIVILÈGES ..... 1 2</p> <p>EXPLIQUER LE MAUVAIS COMPORTEMENT ..... 1 2</p> <p>LE/LA SECOUER ..... 1 2</p> <p>HURLER, LUI CRIER APRÈS ..... 1 2</p> <p>DONNER QUELQUE CHOSE D'AUTRE À FAIRE ..... 1 2</p> <p>DONNER UNE FESSÉE, FRAPPER OU TAPER SUR LES FESSES AVEC MAINS NUES ..... 1 2</p> <p>FRAPPER AVEC CEINTURES, BROSSES, BÂTONS OU AUTRES OBJETS DURS ..... 1 2</p> <p>LE/LA TRAITER D'IDIOT(E), PARES- SEUX(SE), OU D'AUTRES NOMS . 1 2</p> <p>LE/LA FRAPPER/GIFLER SUR LE VISAGE, LA TETE OU LES OREILLES ..... 1 2</p> <p>LE/LA FRAPPER/TAPER SUR LES MAINS, BRAS OU JAMBES ..... 1 2</p> <p>LE/LA BATTRE, FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE ..... 1 2</p>	
273	<p>Pensez-vous que pour élever ou éduquer correctement un enfant, il est nécessaire qu'il soit puni physiquement ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/SANS OPINION ..... 8</p>	

**HANDICAP**

275	VÉRIFIER COLONNES (5) ET (7) DU TABLEAU MÉNAGE: NOMBRE D'ENFANTS DE 2 A 9 ANS QUI RÉSIDENT HABITUELLEMENT DANS LE MÉNAGE :	UN OU PLUS <input type="checkbox"/>	AUCUN <input type="checkbox"/>	→ 292
275A	VÉRIFIEZ LES COLONNES 1, 4 ET 7 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ À Q.276 LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM ; À Q.277 LE SEXE ET À Q.278 L'ÂGE DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 2-9 ANS. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
276	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.1  NOM DE LA COLONNE 2	N° <input type="text"/> LIGNE ..... <input type="text"/> NOM _____	N° <input type="text"/> LIGNE ..... <input type="text"/> NOM _____	N° <input type="text"/> LIGNE ..... <input type="text"/> NOM _____
277	SEXE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 4	MASCULIN ..... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ..... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ..... 1 FÉMININ ..... 2
278	ÂGE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 7	ÂGE ..... <input type="text"/>	ÂGE ..... <input type="text"/>	ÂGE ..... <input type="text"/>
279	Comparé(e) aux autres enfants, (NOM) a-t-il/elle (a-t-il/elle eu) un sérieux retard pour s'asseoir, se tenir debout ou marcher ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
280	Comparé(e) aux autres enfants, (NOM) a-t-il/elle ou a-t-il/elle eu des difficultés pour voir, de jour comme de nuit?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
281	(NOM) semble-t-il/elle avoir des difficultés pour entendre (utilise une prothèse auditive, entend difficilement ou est complètement sourd(e))?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
282	Quand vous dites à (NOM) de faire quelque chose, donne-t-il/elle l'impression de comprendre ce que vous lui dites?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
283	(NOM) semble-t-il/elle avoir des difficultés à marcher ou bouger ses bras ou affiche-t-il/elle une faiblesse ou une raideur dans les bras ou les jambes?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
284	(NOM) a-t-il/elle parfois des crises, devient rigide ou perd connaissance?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
285	Est-ce que (NOM) apprend à faire les choses comme les autres enfants de son âge?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
286	(NOM) parle-t-il/elle (peut-il/elle se faire comprendre à travers des mots; Peut-il/elle dire des mots reconnaissables)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
287	VÉRIFIEZ 278 :  ÂGE DE L'ENFANT	3-9 ANS <input type="text"/> 2 ANS <input type="text"/> ↓ (PASSEZ À 289) ←	3-9 ANS <input type="text"/> 2 ANS <input type="text"/> ↓ (PASSEZ À 289) ←	3-9 ANS <input type="text"/> 2 ANS <input type="text"/> ↓ (PASSEZ À 289) ←
288	(NOM) semble-t-il/elle avoir des difficultés à parler ou est-ce que (NOM) parle de quelque manière différente de la normale (pas suffisamment clair pour être compris(e) par d'autres personnes que les membres de la famille immédiate) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 290) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 290) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 290) ←
289	(NOM) peut-il/elle nommer au moins un objet (par exemple un animal, un jouet, une tasse, une cuillère)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
290	Comparé(e) aux autres enfants du même âge, (NOM) semble-t-il/elle attardé(e) mental(e), passif(ve) ou lent(e) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
291		RETOURNEZ À 279 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 292.	RETOURNEZ À 279 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 292.	RETOURNEZ À 279 DANS LA 1ÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 292.

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
276	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.1 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM .....	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM .....	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM .....
277	SEXE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 4	MASCULIN ..... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ..... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ..... 1 FÉMININ ..... 2
278	ÂGE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 7	ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
279	Comparé(e) aux autres enfants, (NOM) a-t-il/elle (a-t-il/elle eu) un sérieux retard pour s'asseoir, se tenir debout ou marcher ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
280	Comparé(e) aux autres enfants, (NOM) a-t-il/elle ou a-t-il/elle eu des difficultés pour voir, de jour comme de nuit?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
281	(NOM) semble-t-il/elle avoir des difficultés pour entendre (utilise une prothèse auditive, entend difficilement ou est complètement sourd(e))?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
282	Quand vous dites à (NOM) de faire quelque chose, donne-t-il/elle l'impression de comprendre ce que vous lui dites?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
283	(NOM) semble-t-il/elle avoir des difficultés à marcher ou bouger ses bras ou affiche-t-il/elle une faiblesse ou une raideur dans les bras ou les jambes?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
284	(NOM) a-t-il/elle parfois des crises, devient rigide ou perd connaissance ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
285	Est-ce que (NOM) apprend à faire les choses comme les autres enfants de son âge?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
286	(NOM) parle-t-il/elle (peut-il/elle se faire comprendre à travers des mots; Peut-il/elle dire des mots reconnaissables)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
287	VÉRIFIEZ 278 : ÂGE DE L'ENFANT	3-9 ANS      2 ANS 	3-9 ANS      2 ANS 	3-9 ANS      2 ANS 
288	(NOM) semble-t-il/elle avoir des difficultés à parler ou est-ce que (NOM) parle de quelque manière différente de la normale (pas suffisamment clair pour être compris(e) par d'autres personnes que les membres de la famille immédiate) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 290) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 290) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 290) ←
289	(NOM) peut-il/elle nommer au moins un objet (par exemple un animal, un jouet, une tasse, une cuillère)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
290	Comparé(e) aux autres enfants du même âge, (NOM) semble-t-il/elle attardé(e) mental(e), passif(ve) ou lent(e) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
291		RETOURNEZ À 279 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 292.	RETOURNEZ À 279 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 292.	RETOURNEZ À 279 DANS LA 1ÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 292.

**Tableau de sélection de la femme pour "violences domestiques"**

292	VÉRIFIER COLONNE (9) DU TABLEAU DE MÉNAGE : NOMBRE DE FEMMES ÉLIGIBLES
2 FEMMES ÉLIGIBLES OU PLUS <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	1 FEMME ÉLIGIBLE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> → 293A
PAS DE FEMME ÉLIGIBLE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> → 294	

**TABLEAU 1 : FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS ÉLIGIBLES POUR LES QUESTIONS SUR LES VIOLENCES DOMESTIQUES**

ENREGISTRER CHAQUE FEMME ÂGÉE DE 15-49 ANS DU TABLEAU MÉNAGE DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS DANS L'ORDRE SELON SON NUMÉRO DE LIGNE (Q.1) DU TABLEAU MÉNAGE. NE PAS INCLURE LES AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE QUI NE SONT PAS DES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS. ENREGISTRER LE NOM, L'ÂGE ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE CHAQUE FEMME. PUIS ENREGISTRER LE NOMBRE TOTAL DES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS À LA CASE RÉSERVÉE (Q.293)

N° DE RANG	NOM DE LA FEMME DE Q.2	AGE DE Q.7	N° LIGNE
1 <sup>ÈRE</sup>	_____	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
2 <sup>ÈME</sup>	_____	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
3 <sup>ÈME</sup>	_____	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
4 <sup>ÈME</sup>	_____	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
5 <sup>ÈME</sup>	_____	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
6 <sup>ÈME</sup>	_____	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
7 <sup>ÈME</sup>	_____	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
8 <sup>ÈME</sup>	_____	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
9 <sup>ÈME</sup>	_____	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
10 <sup>ÈME</sup>	_____	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
293	<b>TOTAL FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS DANS LE MÉNAGE</b> .....	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>

**TABLEAU 2 : SÉLECTION ALÉATOIRE POUR LES QUESTIONS SUR LES VIOLENCES DOMESTIQUES**

UTILISER CE TABLEAU POUR SÉLECTIONNER UNE DES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS, S'IL Y EN A PLUSIEURS DANS LE MÉNAGE

- a) PRENEZ LE DERNIER CHIFFRE DU NUMÉRO DE MÉNAGE INSCRIT SUR LA PAGE DE COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE.
- b) CE CHIFFRE EST CELUI DE LA LIGNE À SÉLECTIONNER.
- c) VÉRIFIER LE NOMBRE TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES À Q.293
- d) CE NOMBRE EST CELUI DE LA COLONNE À SÉLECTIONNER.
- e) TROUVER LA CASE QUI CORRESPOND À L'INTERSECTION DE LA LIGNE ET DE LA COLONNE IDENTIFIÉES ET ENCERCLER LE CHIFFRE QUI Y FIGURE.
- f) CE CHIFFRE CORRESPOND AU RANG QU'OCCUPE LA FEMME QUI SERA SÉLECTIONNÉE POUR LES "VIOLENCES DOMESTIQUES" (LA 1<sup>ÈRE</sup>, 2<sup>ÈME</sup>, 3<sup>ÈME</sup>, ETC.)

**EXEMPLE:**

LE NUMÉRO DE MÉNAGE EST 36 : SÉLECTIONNER LA LIGNE 6.

IL Y A 3 FEMMES ÉLIGIBLES DANS CE MÉNAGE, SÉLECTIONNER LA COLONNE 3.

LA CASE À L'INTERSECTION DE LA LIGNE 6 ET DE LA COLONNE 3 CONTIENT LE CHIFFRE 2 : LA 2<sup>ÈME</sup> FEMME ÉLIGIBLE LISTÉE DANS LE TABLEAU MÉNAGE SERA SÉLECTIONNÉE. SI LE NUMÉRO DE LIGNE DES 3 FEMMES ÉLIGIBLES EST : '03', '06' ET '10', LA FEMME SÉLECTIONNÉE EST LA 1<sup>ÈME</sup> FEMME LISTÉE, SOIT CELLE DU NUMÉRO DE LIGNE '06'.

DERNIER CHIFFRE DU N° DE MÉNAGE	NOMBRE TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES DANS LE MÉNAGE							
	1	2	3	4	5	6	7	8+
0	1	2	3	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	<b>2</b>	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

293A	NOM DE LA FEMME SÉLECTIONNÉE _____
	NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME SÉLECTIONNÉE DANS LE TABLEAU MÉNAGE ..... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
294	<b>FIN QUESTIONNAIRE MÉNAGE</b>

**POIDS, TAILLE, TESTS D'ANEMIE, DE PALUDISME ET DE VACCINATION POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS**

300	VÉRIFIEZ LA COLONNE 11 DU TABLEAU DE MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS À Q.301 EN ORDRE SELON LE NUMÉRO DE LIGNE. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S). <b>ASSUREZ-VOUS DE REMPLIR Q. 311, 312 ET 313.</b>			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
301	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11  NOM DE LA COLONNE 2	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 _____
302	Quelle est la date de naissance de (NOM) ? RECOPIEZ LE MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE À PARTIR DE 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE LA MÈRE ET DEMANDEZ LE JOUR. POUR LES ENFANTS QUI NE SONT INCLUS DANS AUCUN HISTORIQUE, DEMANDEZ LE JOUR, MOIS ET ANNÉE.	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
303	VÉRIFIER 302 :  ENFANT NÉ EN 2008 OU PLUS TARD ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 301 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 330)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 301 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 330)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 301 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 330)
304	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>  ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>  ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>  ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
305	TAILLE EN IN CENTIMÈTRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
306	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2 PAS MESURÉ ..... 3	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2 PAS MESURÉ ..... 3	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2 PAS MESURÉ ..... 3
307	VÉRIFIER 302 :  L'ENFANT EST-IL ÂGÉ DE 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ LE MOIS DE L'INTERVIEW OU AU COURS DES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 301 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 330)  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 301 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 330)  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 301 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 330)  PLUS ÂGÉ ..... 2
308	NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT OU ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENREGISTREZ '00' SI NON LISTÉ.	N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
309	LISEZ LE CONSENTEMENT ECLAIRÉ POUR LE TEST <b>D'ANÉMIE</b> AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLEZ LE CODE ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2
310	LISEZ LE CONSENTEMENT ECLAIRÉ POUR LE TEST <b>DE PALUDISME</b> AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLEZ LE CODE ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2
310A	LISEZ LE CONSENTEMENT ECLAIRÉ POUR LE TEST <b>DE VACCINATION</b> AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLEZ LE CODE ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2



		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
<b>RÉALISEZ LES TESTS SUR LES ENFANTS POUR LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ ACCORDÉ</b>				
311	<b>ÉTIQUETTES CODE-BARRES DE COULEUR ORANGE POUR LE TEST DE PALUDISME</b> 1) COLLEZ LA 1 <sup>ère</sup> ÉTIQUETTE DANS LA COLONNE APPROPRIÉE. 2) COLLEZ LA 2 <sup>ème</sup> ÉTIQUETTE SUR LE TDR. 3) COLLEZ LA 3 <sup>ème</sup> ÉTIQUETTE SUR LA LAME CORRESPONDANTE. 4) COLLEZ LA 4 <sup>ème</sup> ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION: GOUTTES DE SANG EPAISSE 5) COLLEZ LA 5 <sup>ème</sup> ÉTIQUETTE SUR LE PAPIER FILTRE. 6) COLLEZ LA 6 <sup>ème</sup> ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION : PAPIER FILTRE.	ACCORDÉ <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">             COLLEZ LA              1<sup>ère</sup> ÉTIQUETTE ICI           </div> ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996	ACCORDÉ <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">             COLLEZ LA              1<sup>ère</sup> ÉTIQUETTE ICI           </div> ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996	ACCORDÉ <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">             COLLEZ LA              1<sup>ère</sup> ÉTIQUETTE ICI           </div> ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996
312	<b>ÉTIQUETTES CODE-BARRES DE COULEUR ORANGE POUR LE TEST DE COUVERTURE VACCINALE</b> 1) COLLEZ LA 7 <sup>ème</sup> ÉTIQUETTE DANS LA COLONNE APPROPRIÉE. <b>SI ON N'A PAS DÉJÀ COLLÉ UNE ÉTIQUETTE SUR LE PAPIER FILTRE ET UNE ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DU PAPIER FILTRE</b> 2) COLLEZ LA 5 <sup>ème</sup> ÉTIQUETTE SUR LE PAPIER FILTRE. 3) COLLEZ LA 6 <sup>ème</sup> ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION: COUVERTURE VACCINALE	ACCORDÉ <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">             COLLEZ LA 7<sup>ème</sup> ÉTIQUETTE              CODE BARRE ICI           </div> ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996	ACCORDÉ <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">             COLLEZ LA 7<sup>ème</sup> ÉTIQUETTE              CODE BARRE ICI           </div> ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996	ACCORDÉ <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">             COLLEZ LA 7<sup>ème</sup> ÉTIQUETTE              CODE BARRE ICI           </div> ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996
313	ENREGISTREZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		ABSENT ..... 992 REFUSÉ ..... 993 AUTRE ..... 996	ABSENT ..... 992 REFUSÉ ..... 993 AUTRE ..... 996	ABSENT ..... 992 REFUSÉ ..... 993 AUTRE ..... 996
314	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 316) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 316) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 316) ←
315	RÉSULTAT DU TEST DE <b>TDR PALUDISME</b>	POSITIF POUR P. FALCIPARUM ..... 1 318 ← NEGATIF ..... 2	POSITIF POUR P. FALCIPARUM ..... 1 318 ← NEGATIF ..... 2	POSITIF POUR P. FALCIPARUM ..... 1 318 ← NEGATIF ..... 2
316	VÉRIFIER Q.313 NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 7.0g/dl ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 7.0 g/dl OUPLUS ..... 2 328 ← PAS TESTÉ ..... 3	EN-DESSOUS DE 7.0g/dl ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 7.0 g/dl OUPLUS ..... 2 328 ← PAS TESTÉ ..... 3	EN-DESSOUS DE 7.0g/dl ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 7.0 g/dl OUPLUS ..... 2 328 ← PAS TESTÉ ..... 3

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
317	<b>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</b>	Le test d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être emmené à un établissement de santé immédiatement. <b>PASSEZ À 328</b>		
318	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:  - Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? - Perte de conscience? - Respiration difficile avec tirage ou sifflement? - A ou a eu une convulsion? - Saignements anormaux? - Ictère/Jaunisse (avec coloration des yeux)? - Urine noire ou brune? - Vomit tout ce qu'il/elle consomme ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROSTRATION ..... A PERTE CONSCIENCE ... B RESPIRATION DIFFICILE..... C CONVULSION ..... D SAIGNEMENTS ..... E  ICTÈRE/JAUNISSE ..... F URINE NOIRE/BRUNE ... G VOMISSEMENTS ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS ..... Y	PROSTRATION ..... A PERTE CONSCIENCE ... B RESPIRATION DIFFICILE..... C CONVULSION ..... D SAIGNEMENTS ..... E  ICTÈRE/JAUNISSE ..... F URINE NOIRE/BRUNE ... G VOMISSEMENTS ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS ..... Y	PROSTRATION ..... A PERTE CONSCIENCE ... B RESPIRATION DIFFICILE..... C CONVULSION ..... D SAIGNEMENTS ..... E  ICTÈRE/JAUNISSE ..... F URINE NOIRE/BRUNE ... G VOMISSEMENTS ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS ..... Y
319	VÉRIFIEZ 318:  Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1  (PASSEZ À 321) ↙ SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1  (PASSEZ À 321) ↙ SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1  (PASSEZ À 321) ↙ SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2
320	VÉRIFIEZ 313:  NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL ..... 1 6.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6  (PASSEZ À 322) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL ..... 1 6.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6  (PASSEZ À 322) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL ..... 1 6.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6  (PASSEZ À 322) ←
321	<b>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</b>	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a le paludisme. Votre enfant présente également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être emmené tout de suite dans un établissement de santé. <b>PASSEZ À 327</b>		
322	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-t-il/elle un médicament pour traiter le paludisme ?  SI OUI, DEMANDEZ : Quel traitement (médicament) a-t-il/elle pris (prend-t-il/elle) ?  VÉRIFIEZ EN DEMANDANT À VOIR LE TRAITEMENT.	OUI, CTA AUTORISÉ (ARTESUNATE/AMO-DIAQUINE, ARTÉME-THER/LUMEFANTRINE) . 1 OUI, AUTRE CTA (COARTEM, ARSUCAM, CO-ARINATE, ETC.) ... 2 OUI, AUTRE _____ 3 (PRÉCISER) NON ..... 4  (PASSEZ À 324) ←	OUI, CTA AUTORISÉ (ARTESUNATE/AMO-DIAQUINE, ARTÉME-THER/LUMEFANTRINE) . 1 OUI, AUTRE CTA (COARTEM, ARSUCAM, CO-ARINATE, ETC.) ... 2 OUI, AUTRE _____ 3 (PRÉCISER) NON ..... 4  (PASSEZ À 324) ←	OUI, CTA AUTORISÉ (ARTESUNATE/AMO-DIAQUINE, ARTÉME-THER/LUMEFANTRINE) . 1 OUI, AUTRE CTA (COARTEM, ARSUCAM, CO-ARINATE, ETC.) ... 2 OUI, AUTRE _____ 3 (PRÉCISER) NON ..... 4  (PASSEZ À 324) ←
323	<b>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN CTA.</b>	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà pris ou prend un médicament pour traiter le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner un médicament (CTA) supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a le paludisme. Si votre enfant a encore de la fièvre 2 jours après la dernière dose du traitement, vous devez l'emmener au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis.  <b>PASSEZ À 327</b>		

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	
		NOM _____	NOM _____	NOM _____	
324	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	Le test du paludisme montre que votre enfant a le paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il/elle n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de lui donner le médicament. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.			
325	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 327) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 327) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 327) ←	
326	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<b>ENFANTS DE MOINS DE 1 AN OU DE MOINS DE 8 KG</b>  COMPRIMÉ DE 25 mg D'ARTÉSUNATE ET 67.5 mg D'AMODIAQUINE (PLAQUETTE À BANDE ROSE)	<b>JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)</b>	<b>JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)</b>	<b>JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)</b>
		<b>ENFANTS DE 1-5 ANS OU DE 8-17 KG</b>  COMPRIMÉ DE 50 mg D'ARTÉSUNATE ET 135 mg D'AMODIAQUINE (PLAQUETTE À BANDE VIOLETTE)	<b>JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)</b>	<b>JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)</b>	<b>JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)</b>
		DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.			
327	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU <u>TRAITEMENT</u> POUR LE PALUDISME OU DE LA <u>FICHE DE RÉFÉRENCE</u> .	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ... 4 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ... 4 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ... 4 AUTRE ..... 6	
328	RETOURNEZ À 301 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA 1ERE COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S); S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 330.				

**POIDS, TAILLE, TESTS D'ANEMIE, DE PALUDISME ET DE VACCINATION POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS**

300	VÉRIFIEZ LA COLONNE 11 DU TABLEAU DE MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS À Q.301 EN ORDRE SELON LE NUMÉRO DE LIGNE. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S). <b>ASSUREZ-VOUS DE REMPLIR Q. 311, 312 ET 313.</b>			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
301	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11  NOM DE LA COLONNE 2	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 _____
302	Quelle est la date de naissance de (NOM) ? RECOPIEZ LE MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE À PARTIR DE 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE LA MÈRE ET DEMANDEZ LE JOUR. POUR LES ENFANTS QUI NE SONT INCLUS DANS AUCUN HISTORIQUE, DEMANDEZ LE JOUR, MOIS ET ANNÉE.	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
303	VÉRIFIER 302 :  ENFANT NÉ EN 2008 OU PLUS TARD ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 301 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 330)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 301 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 330)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 301 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 330)
304	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>  ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>  ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>  ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
305	TAILLE EN IN CENTIMÈTRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
306	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2 PAS MESURÉ ..... 3	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2 PAS MESURÉ ..... 3	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2 PAS MESURÉ ..... 3
307	VÉRIFIER 302 :  L'ENFANT EST-IL ÂGÉ DE 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ LE MOIS DE L'INTERVIEW OU AU COURS DES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 301 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 330)  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 301 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 330)  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 301 POUR ENFANT SUIVANT, OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 330)  PLUS ÂGÉ ..... 2
308	NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT OU ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENREGISTREZ '00' SI NON LISTÉ.	N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
309	LISEZ LE CONSENTEMENT ECLAIRÉ POUR LE TEST <b>D'ANÉMIE</b> AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLEZ LE CODE ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2
310	LISEZ LE CONSENTEMENT ECLAIRÉ POUR LE TEST <b>DE PALUDISME</b> AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLEZ LE CODE ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2
310A	LISEZ LE CONSENTEMENT ECLAIRÉ POUR LE TEST <b>DE VACCINATION</b> AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT. ENCERCLEZ LE CODE ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2	ACCORDÉ ..... 1  _____ (SIGNATURE) REFUSÉ ..... 2

		ENFANT 4 NOM _____	ENFANT 5 NOM _____	ENFANT 6 NOM _____
<b>RÉALISEZ LES TESTS SUR LES ENFANTS POUR LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ ACCORDÉ</b>				
311	<b>ÉTIQUETTES CODE-BARRES DE COULEUR ORANGE POUR LE TEST DE PALUDISME</b> 1) COLLEZ LA 1 <sup>ère</sup> ÉTIQUETTE DANS LA COLONNE APPROPRIÉE. 2) COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE SUR LE TDR. 3) COLLEZ LA 3 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE SUR LA LAME CORRESPONDANTE. 4) COLLEZ LA 4 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION: GOUTTES DE SANG EPAISSE 5) COLLEZ LA 5 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE SUR LE PAPIER FILTRE. 6) COLLEZ LA 6 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION : PAPIER FILTRE.	ACCORDÉ COLLEZ LA 1 <sup>ère</sup> ÉTIQUETTE ICI ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE..... 99996	ACCORDÉ COLLEZ LA 1 <sup>ère</sup> ÉTIQUETTE ICI ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE..... 99996	ACCORDÉ COLLEZ LA 1 <sup>ère</sup> ÉTIQUETTE ICI ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE..... 99996
312	<b>ÉTIQUETTES CODE-BARRES DE COULEUR ORANGE POUR LE TEST DE COUVERTURE VACCINALE</b> 1) COLLEZ LA 7 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE DANS LA COLONNE APPROPRIÉE. <b>SI ON N'A PAS DÉJÀ COLLÉ UNE ÉTIQUETTE SUR LE PAPIER FILTRE ET UNE ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DU PAPIER FILTRE</b> 2) COLLEZ LA 5 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE SUR LE PAPIER FILTRE. 3) COLLEZ LA 6 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION: COUVERTURE VACCINALE	ACCORDÉ COLLEZ LA 7 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE..... 99996	ACCORDÉ COLLEZ LA 7 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE..... 99996	ACCORDÉ COLLEZ LA 7 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE..... 99996
313	ENREGISTREZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
		ABSENT ..... 992 REFUSÉ ..... 993 AUTRE ..... 996	ABSENT ..... 992 REFUSÉ ..... 993 AUTRE ..... 996	ABSENT ..... 992 REFUSÉ ..... 993 AUTRE ..... 996
314	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 316) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 316) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 316) ←
315	RÉSULTAT DU TEST DE <b>TDR PALUDISME</b>	POSITIF POUR P. FALCIPARUM ..... 1 318 ← NEGATIF ..... 2	POSITIF POUR P. FALCIPARUM ..... 1 318 ← NEGATIF ..... 2	POSITIF POUR P. FALCIPARUM ..... 1 318 ← NEGATIF ..... 2
316	VÉRIFIER Q.313 NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 7.0g/dl ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 7.0 g/dl OU PLUS ..... 2 328 ← PAS TESTÉ ..... 3	EN-DESSOUS DE 7.0g/dl ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 7.0 g/dl OU PLUS ..... 2 328 ← PAS TESTÉ ..... 3	EN-DESSOUS DE 7.0g/dl ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 7.0 g/dl OU PLUS ..... 2 328 ← PAS TESTÉ ..... 3

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
317	<b>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</b>	Le test d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être emmené à un établissement de santé immédiatement. <b>PASSEZ À 328</b>		
318	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:  - Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? - Perte de conscience? - Respiration difficile avec tirage ou sifflement? - A ou a eu une convulsion? - Saignements anormaux? - Ictère/Jaunisse (avec coloration des yeux)? - Urine noire ou brune? - Vomit tout ce qu'il/elle consomme ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROSTRATION ..... A PERTE CONSCIENCE ... B RESPIRATION DIFFICILE..... C CONVULSION ..... D SAIGNEMENTS ..... E  ICTÈRE/JAUNISSE ..... F URINE NOIRE/BRUNE ... G VOMISSEMENTS ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS ..... Y	PROSTRATION ..... A PERTE CONSCIENCE ... B RESPIRATION DIFFICILE..... C CONVULSION ..... D SAIGNEMENTS ..... E  ICTÈRE/JAUNISSE ..... F URINE NOIRE/BRUNE ... G VOMISSEMENTS ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS ..... Y	PROSTRATION ..... A PERTE CONSCIENCE ... B RESPIRATION DIFFICILE..... C CONVULSION ..... D SAIGNEMENTS ..... E  ICTÈRE/JAUNISSE ..... F URINE NOIRE/BRUNE ... G VOMISSEMENTS ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS ..... Y
319	VÉRIFIEZ 318:  Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1  (PASSEZ À 321) ↙ SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1  (PASSEZ À 321) ↙ SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1  (PASSEZ À 321) ↙ SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2
320	VÉRIFIEZ 313:  NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL ..... 1 6.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6  (PASSEZ À 322) ↙	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL ..... 1 6.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6  (PASSEZ À 322) ↙	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL ..... 1 6.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6  (PASSEZ À 322) ↙
321	<b>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</b>	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a le paludisme. Votre enfant présente également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être emmené tout de suite dans un établissement de santé. <b>PASSEZ À 327</b>		
322	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-t-il/elle un médicament pour traiter le paludisme ?  SI OUI, DEMANDEZ : Quel traitement (médicament) a-t-il/elle pris (prend-t-il/elle) ?  VÉRIFIEZ EN DEMANDANT À VOIR LE TRAITEMENT.	OUI, CTA AUTORISÉ (ARTESUNATE/AMO-DIAQUINE, ARTÉME-THER/LUMEFANTRINE) . 1 OUI, AUTRE CTA (COAR-TEM, ARSUCAM, CO-ARINATE, ETC.) ... 2 OUI, AUTRE ..... 3 (PRÉCISER) NON ..... 4  (PASSEZ À 324) ↙	OUI, CTA AUTORISÉ (ARTESUNATE/AMO-DIAQUINE, ARTÉME-THER/LUMEFANTRINE) . 1 OUI, AUTRE CTA (COAR-TEM, ARSUCAM, CO-ARINATE, ETC.) ... 2 OUI, AUTRE ..... 3 (PRÉCISER) NON ..... 4  (PASSEZ À 324) ↙	OUI, CTA AUTORISÉ (ARTESUNATE/AMO-DIAQUINE, ARTÉME-THER/LUMEFANTRINE) . 1 OUI, AUTRE CTA (COAR-TEM, ARSUCAM, CO-ARINATE, ETC.) ... 2 OUI, AUTRE ..... 3 (PRÉCISER) NON ..... 4  (PASSEZ À 324) ↙
323	<b>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN CTA.</b>	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà pris ou prend un médicament pour traiter le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner un médicament (CTA) supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a le paludisme. Si votre enfant a encore de la fièvre 2 jours après la dernière dose du traitement, vous devez l'emmener au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis.  PASSEZ A 327		

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6	
		NOM _____	NOM _____	NOM _____	
324	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	Le test du paludisme montre que votre enfant a le paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il/elle n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de lui donner le médicament. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.			
325	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 327) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 327) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 327) ←	
326	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<b>ENFANTS DE MOINS DE 1 AN OU DE MOINS DE 8 KG</b>  COMPRIMÉ DE 25 mg D'ARTÉSUNATE ET 67.5 mg D'AMODIAQUINE (PLAQUETTE À BANDE ROSE)	<b>JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)</b>	<b>JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)</b>	<b>JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)</b>
		<b>ENFANTS DE 1-5 ANS OU DE 8-17 KG</b>  COMPRIMÉ DE 50 mg D'ARTÉSUNATE ET 135 mg D'AMODIAQUINE (PLAQUETTE À BANDE VIOLETTE)	<b>JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)</b>	<b>JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)</b>	<b>JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)</b>
		DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.			
327	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU <u>TRAITEMENT</u> POUR LE PALUDISME OU DE LA <u>FICHE DE RÉFÉRENCE</u> .	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ... 4 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ... 4 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ... 4 AUTRE ..... 6	
328	RETOURNEZ À 301 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA 1ERE COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S); S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 330.				

#### DÉCLARATION DE CONSENTEMENT INFORMÉ POUR LE TEST D'ANÉMIE

Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.

Nous demandons que tous les enfants nés en 2008 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.

Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et sera détruit. Les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels. Si le test indique que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère, nous le référerons au centre de santé le plus proche pour suivi.

Avez-vous des questions sur le test d'anémie ? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision.

Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) à participer au test d'anémie ?

#### DÉCLARATION DE CONSENTEMENT INFORMÉ POUR LE TEST DE PALUDISME

Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.

Nous demandons que tous les enfants nés en 2008 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. (Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie).

Une goutte de sang sera testée immédiatement pour le paludisme et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les autres gouttes de sang seront testées plus tard en laboratoire pour des analyses plus poussées sur le paludisme. Les résultats de ces tests additionnels ne pourront pas vous être retournés. Tous les résultats sont strictement confidentiels. Si le résultat du test rapide indique que (NOM DE L'ENFANT) a le paludisme, nous vous proposerons un traitement.

Nous souhaiterions avoir votre consentement pour tester (NOM DE L'ENFANT) immédiatement pour le paludisme et pour utiliser quelques gouttes de sang pour des tests supplémentaires de paludisme au laboratoire central.

Avez-vous des questions sur le test de paludisme ? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision.

Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) à participer au test de paludisme ?

#### DÉCLARATION DE CONSENTEMENT INFORMÉ POUR LE TEST DE COUVERTURE VACCINALE

Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test de couverture vaccinale. Ce test permettra de savoir si les enfants sont complètement vaccinés et s'ils sont protégés contre certaines maladies de l'enfance. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour améliorer la santé des jeunes enfants. Nous demandons que tous les enfants nés en 2008 ou plus tard participent au test de couverture vaccinale inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. (Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie).

Les résultats du test de couverture vaccinale de (NOM DE L'ENFANT) ne pourront pas vous être communiqués ; ils sont strictement confidentiels. Nous souhaiterions avoir votre consentement pour utiliser quelques gouttes de sang de (NOM DE L'ENFANT) pour le test de couverture vaccinale au laboratoire.

Avez-vous des questions sur le test de couverture vaccinale ? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision.

Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) à participer au test de couverture vaccinale ?



**POIDS, TAILLE, NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH POUR LES FEMMES DE 15-49 ANS**

330	VÉRIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES À LA QUESTION 331. (S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S)).		
	FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
331	N° DE LIGNE DE LA COLONNE 9 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE ..... NOM .....	N° LIGNE ..... NOM .....
332	POIDS EN KILOGRAMMES KG. .... ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996	KG. .... ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996	KG. .... ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996
333	TAILLE EN CENTIMÈTRES CM. .... ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	CM. .... ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	CM. .... ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
334	ÂGE: VÉRIFIEZ COLONNE 7. 15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 (ALLEZ À 339) ↙	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 (ALLEZ À 339) ↙	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 (ALLEZ À 339) ↙
335	ÉTAT MATRIMONIAL: VÉRIFIEZ COLONNE 8. CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 339) ↙	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 339) ↙	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 339) ↙
336	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE. INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE .....	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE .....
337	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À Q.336 COMME RESPONSABLE POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Pour l'anémie, le sang sera testé sur place et les résultats vous seront communiqués immédiatement, à vous et à (NOM DE L'ADOLESCENTE). Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront connus de personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test de (NOM DE L'ADOLESCENTE). C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENTE) à participer au test d'anémie ?</p>	
338	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2 (SIGNATURE) _____ (SI REFUSÉE, ALLEZ À 344)	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2 (SIGNATURE) _____ (SI REFUSÉ, ALLEZ À 344)
339	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE POUR LE TEST D'ANÉMIE	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Pour l'anémie, le sang sera testé sur place et les résultats vous seront communiqués immédiatement. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront connus de personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision. Êtes-vous d'accord pour participer au test d'anémie ?</p>	
	FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM .....	NOM .....	NOM .....

		FEMME 1 NOM _____	FEMME 2 NOM _____	FEMME 3 NOM _____
340	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ENQUÊTÉE ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2  _____ (SIGNATURE)  (SI REFUS, ALLEZ À 342)	ENQUÊTÉE ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2  _____ (SIGNATURE)  (SI REFUS, ALLEZ À 342)	ENQUÊTÉE ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2  _____ (SIGNATURE)  (SI REFUS, ALLEZ À 342)
341	GROSSESSE : VÉRIFIEZ À 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ: Êtes-vous enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8
342	ÂGE: VÉRIFIEZ COLONNE 7.	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 (ALLEZ À 346) ↙	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 (ALLEZ À 346) ↙	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 (ALLEZ À 346) ↙
343	ÉTAT MATRIMONIAL : VÉRIFIEZ COLONNE 8.	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 346) ↙	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 346) ↙	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 346) ↙
344	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE GSS (DBS) AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 336 COMME RESPONSABLE POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie très grave. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour connaître l'importance du problème du sida en République Démocratique du Congo.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats de (NOM DE L'ADOLESCENTE).</p> <p><b>LOCALITÉ COUVERTE PAR CDV FIXE :</b> Si (NOM DE L'ADOLESCENTE) veut savoir si elle a ou non le VIH, je peux lui fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je lui donnerai également un coupon pour bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p><b>LOCALITÉ NON COUVERTE PAR CDV FIXE :</b> Dans les prochains jours, le Ministère de la Santé fera venir ici une équipe mobile pour offrir des services de test et de conseils pour le VIH. Si (NOM DE L'ADOLESCENTE) veut savoir si elle a ou non le VIH, je lui donnerai également un coupon pour bénéficier de services gratuits lors du passage de cette équipe mobile.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENTE) à participer au test du VIH ?</p>		
345	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2  _____ (SIGNATURE)  (SI REFUSÉE. ALLEZ À 355)	ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2  _____ (SIGNATURE)  (SI REFUSÉE. ALLEZ À 355)	ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2  _____ (SIGNATURE)  (SI REFUSÉE. ALLEZ À 355)

		FEMME 1 NOM _____	FEMME 2 NOM _____	FEMME 3 NOM _____
346	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTÉE POUR LA COLLECTE DE GSS (DBS).	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie très grave. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour connaître l'importance du problème du sida en République Démocratique du Congo.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats.</p> <p><b>LOCALITÉ COUVERTE PAR CDV FIXE :</b> Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, vous (et votre partenaire si vous le souhaitez), de services gratuits dans ces centres.</p> <p><b>LOCALITÉ NON COUVERTE PAR CDV FIXE :</b> Dans les prochains jours, le Ministère de la Santé fera venir ici une équipe mobile pour offrir des services de test et de conseils pour le VIH. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je vous donnerai un coupon pour bénéficier, vous (et votre partenaire si vous le souhaitez), de services gratuits lors du passage de cette équipe mobile.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision. Êtes-vous d'accord pour participer au test du VIH ?</p>		
347	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, APOSEZ VOTRE SIGNATURE ET INSCRIVEZ VOTRE CODE D'ENQUÊTEUR.	ENQUÊTÉE ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 _____ (SIGNATURE) [ ][ ] (SI REFUS, ALLEZ À 355)	ENQUÊTÉE ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 _____ (SIGNATURE) [ ][ ] (SI REFUS, ALLEZ À 355)	ENQUÊTÉE ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 _____ (SIGNATURE) [ ][ ] (SI REFUS, ALLEZ À 355)
348	ÂGE: VÉRIFIEZ COLONNE 7.	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 (ALLEZ À 352) ↙	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 (ALLEZ À 352) ↙	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 (ALLEZ À 352) ↙
349	ÉTAT MATRIMONIAL: VÉRIFIEZ COLONNE 8.	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 352) ↙	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 352) ↙	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 352) ↙
350	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 336 COMME RESPONSABLE POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS JAMAIS EN UNION.	<p>Nous vous demandons d'autoriser le Ministère du Plan et le Ministère de la Santé à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE L'ADOLESCENTE). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE L'ADOLESCENTE) peut quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>		
351	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 354)	ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 354)	ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 354)
352	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTÉE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES.	<p>Nous vous demandons d'autoriser le Ministère du Plan et le Ministère de la Santé à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligée d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>		
353	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ENQUÊTÉE ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI ACCEPTE, ALLEZ À 355)	ENQUÊTÉE ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI ACCEPTE, ALLEZ À 355)	ENQUÊTÉE ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI ACCEPTE, ALLEZ À 355)

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
354	TESTS SUPPLÉMENTAIRES	VÉRIFIEZ 351 ET 353 : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.	VÉRIFIEZ 351 ET 353 : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.	VÉRIFIEZ 351 ET 353 : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.
355	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUEL/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			
356	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE.	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
357	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE VIH (COULEUR BLANCHE)	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996 COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DE COULEUR BLANCHE.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996 COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DE COULEUR BLANCHE.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996 COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DE COULEUR BLANCHE.
358	RETOURNEZ À 332 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU AUX PREMIÈRES COLONNES DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRES; S'IL N'Y A PLUS DE FEMMES, ALLEZ À 360.			

**NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH POUR LES HOMMES DE 15-59 ANS**

360	VÉRIFIER LA COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES HOMMES ÉLIGIBLES À Q.361. S'IL Y A PLUS DE TROIS HOMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).		
	HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
361	N° DE LIGNE DE COLONNE 10 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
362	ÂGE: VÉRIFIEZ COLONNE 7.	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 367) ←	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 367) ←
363	ÉTAT MATRIMONIAL: VÉRIFIEZ COLONNE 8.	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 367) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 367) ←
364	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ADOLESCENT. INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>
365	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À Q.364 COMME RESPONSABLE POUR LES HOMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Pour l'anémie, le sang sera testé sur place et les résultats vous seront communiqués immédiatement, à vous et à (NOM DE L'ADOLESCENT). Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront connus de personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test de (NOM DE L'ADOLESCENT). C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENT) à participer au test d'anémie ?</p>	
366	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 371)	ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 371)
367	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Pour l'anémie, le sang sera testé sur place et les résultats vous seront communiqués immédiatement. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront connus de personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision. Êtes-vous d'accord pour participer au test d'anémie ?</p>	

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
368	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2  _____ (SIGNATURE)	ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2  _____ (SIGNATURE)	ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2  _____ (SIGNATURE)
369	ÂGE: VÉRIFIEZ COLONNE 7.	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 373) ↙	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 373) ↙	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 373) ↙
370	ÉTAT MATRIMONIAL: VÉRIFIEZ COLONNE 8.	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 373) ↙	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 373) ↙	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 373) ↙
371	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE GSS (DBS) AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 364 COMME RESPONSABLE POUR LES HOMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie très grave. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour connaître l'importance du problème du sida en République Démocratique du Congo.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats de (NOM DE L'ADOLESCENT).</p> <p><b>LOCALITÉ COUVERTE PAR CDV FIXE :</b> Si (NOM DE L'ADOLESCENT) veut savoir s'il a ou non le VIH, je peux lui fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je lui donnerai également un coupon pour bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p><b>LOCALITÉ NON COUVERTE PAR CDV FIXE :</b> Dans les prochains jours, le Ministère de la Santé fera venir ici une équipe mobile pour offrir des services de test et de conseils pour le VIH. Si (NOM DE L'ADOLESCENT) veut savoir si il a ou non le VIH, je lui donnerai également un coupon pour bénéficier de services gratuits lors du passage de cette équipe mobile.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test de (NOM DE L'ADOLESCENT). C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENT) à participer au test du VIH ?</p>		
372	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2  _____ (SIGNATURE)  (SI REFUS, ALLEZ À 382)	ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2  _____ (SIGNATURE)  (SI REFUS, ALLEZ À 382)	ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2  _____ (SIGNATURE)  (SI REFUS, ALLEZ À 382)
373	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTÉ POUR LA COLLECTE DE GSS (DBS).	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie très grave. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour connaître l'importance du problème du sida en République Démocratique du Congo.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats.</p> <p><b>LOCALITÉ COUVERTE PAR CDV FIXE :</b> Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, vous (et votre partenaire si vous le souhaitez), de services gratuits dans ces centres.</p> <p><b>LOCALITÉ NON COUVERTE PAR CDV FIXE :</b> Dans les prochains jours, le Ministère de la Santé fera venir ici une équipe mobile pour offrir des services de test et de conseils pour le VIH. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je vous donnerai un coupon pour bénéficier, vous (et votre partenaire si vous le souhaitez), de services gratuits lors du passage de cette équipe mobile.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision. Êtes-vous d'accord pour participer au test du VIH ?</p>		
374	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, APOSEZ VOTRE SIGNATURE ET INSCRIVEZ VOTRE CODE D'ENQUÊTEUR.	ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2  _____ (SIGNATURE)  [ ][ ][ ]  SI REFUS, ALLEZ À 382)	ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2  _____ (SIGNATURE)  [ ][ ][ ]  SI REFUS, ALLEZ À 382)	ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2  _____ (SIGNATURE)  [ ][ ][ ]  SI REFUS, ALLEZ À 382)

	HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
	NOM _____	NOM _____	NOM _____
375	ÂGE: VÉRIFIEZ COLONNE 7 15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 379) ←	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 379) ←	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 (ALLEZ À 379) ←
376	ÉTAT MATRIMONIAL VÉRIFIEZ Q. 363 CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 379) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 379) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 379) ←
377	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 364 COMME RESPONSABLE POUR LES HOMMES 15-17 ANS JAMAIS EN UNION.</p> <p>Nous vous demandons d'autoriser le Ministère du Plan et le Ministère de la Santé à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE L'ADOLESCENT). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE L'ADOLESCENT) peut quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>		
378	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2  _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 381)	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2  _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 381)	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE ACCORDÉE ..... 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ..... 2  _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 381)
379	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTÉ POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES.</p> <p>Nous vous demandons d'autoriser le Ministère du Plan et le Ministère de la Santé à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>		
380	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTE REFUSE ..... 2  _____ (SIGNATURE) (SI ACCEPTE, ALLEZ À 382)	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTE REFUSE ..... 2  _____ (SIGNATURE) (SI ACCEPTE, ALLEZ À 382)	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 ENQUÊTE REFUSE ..... 2  _____ (SIGNATURE) (SI ACCEPTE, ALLEZ À 382)
381	<p>TESTS SUPPLÉMENTAIRES</p> <p>VÉRIFIEZ 378 ET 380 : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.</p>		
382	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUEL/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).		
383	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE. G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE. G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE. G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
384	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE VIH (COULEUR BLANCHE)  COLLEZ LA 1 <sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI  ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996 COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DE COULEUR BLANCHE.	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE VIH (COULEUR BLANCHE)  COLLEZ LA 1 <sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI  ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996 COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DE COULEUR BLANCHE.	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE VIH (COULEUR BLANCHE)  COLLEZ LA 1 <sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI  ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996 COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DE COULEUR BLANCHE.
385	RETOURNEZ À 362 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU AUX PREMIÈRES COLONNES DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRES; S'IL N'Y A PLUS D'HOMMES, TERMINEZ L'INTERVIEW.		