

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ  
EDSMD-IV 2008  
QUESTIONNAIRE MÉNAGE**

RÉPUBLIQUE DE MADAGASCAR  
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE  
ET DES STATISTIQUES SOCIALES

IDENTIFICATION	
NOM DE LA LOCALITÉ _____ NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ NUMÉRO DE GRAPPE ..... NUMÉRO SÉQUENTIEL DU MÉNAGE DANS LA GRAPPE (BUREAU) ..... NUMÉRO DE STRUCTURE (BÂTIMENT) ..... NUMÉRO DE MÉNAGE (DANS LA STRUCTURE) ..... RÉGION ..... COMMUNE ..... ANTANANARIVO/AUTRE VILLE/RURAL ..... (ANTANANARIVO=1, AUTRE VILLE=2, RURAL=3)	GRAPPE <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 30px; border-collapse: collapse;"></table> MÉNA./GRAP. <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 30px; border-collapse: collapse;"></table> STRUCTURE <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 30px; border-collapse: collapse;"></table> MÉNAGE/STRUCT. <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 30px; border-collapse: collapse;"></table> RÉGION <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 30px; border-collapse: collapse;"></table> COMMUNE <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 30px; border-collapse: collapse;"></table> RÉSIDENCE <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 30px; border-collapse: collapse;"></table>

MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME, LES BIOMARQUEURS ET LA VERSION LONGUE DU QUESTIONNAIRE FEMME (OUI = 1, NON = 2)	MÉNAGE SÉLECTIONNÉ <input type="checkbox"/>
--	---

VISITES D'ENQUÊTEURS				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 30px; border-collapse: collapse;"></table> MOIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 30px; border-collapse: collapse;"></table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 30px; border-collapse: collapse; text-align: center;">2 0 0</table> CODE ENQU. <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 30px; border-collapse: collapse;"></table> RÉSULTAT <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 30px; border-collapse: collapse;"></table>
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>
*CODES RÉSULTATS : 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ (PRÉCISER)				TOTAL DANS LE MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 30px; border-collapse: collapse;"></table> TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 30px; border-collapse: collapse;"></table> TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 30px; border-collapse: collapse;"></table> N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR QUESTIONNAIRE MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 30px; border-collapse: collapse;"></table>

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	NOM _____		
DATE _____	DATE _____		

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique. Nous effectuons une enquête nationale concernant divers problèmes de santé. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. L'enquête dure habituellement entre 10 et 15 minutes.

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

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

Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

Signature de l'enquêteur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

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

**TABLEAU DE MÉNAGE**

Nous voudrions, maintenant, des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui vivent chez vous actuellement.

						SI 15 ANS OU PLUS				SI ÂGÉ DE 0-4 ANS	
	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉTAT MATRIMONIAL	ÉLIGIBILITÉ			DÉCLARATION DE NAISS.
N U M  L I G N E	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.  APRES AVOIR OBTENU LA LISTE DES MEMBRES ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE, COL. 3 ET 4, POSEZ LES 3 QUESTIONS A LA FIN DE TABLEAU POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE DES MEMBRES EST COMPLÈTE.  ENSUITE POSEZ LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COL. 5 À 22	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?  VOIR CODES CI-DESSOUS. <sup>1</sup>	(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) ?	Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?  VOIR CODES CI-DESSOUS <sup>2</sup>	ENCERCLER LE N <sup>o</sup> . DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	ENCERCLER LE N <sup>o</sup> . DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS	ENCERCLER LE N <sup>o</sup> . DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS	(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 ?  VOIR CODES CI-DESSOUS. <sup>3</sup>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
01		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	ANNÉES <input type="text"/>	<input type="text"/>	01	01	01	<input type="text"/>
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	02	02	02	<input type="text"/>
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	03	03	03	<input type="text"/>
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	04	04	04	<input type="text"/>
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05	05	05	<input type="text"/>
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	06	06	06	<input type="text"/>
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	07	07	07	<input type="text"/>
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	08	08	08	<input type="text"/>

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

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 01 = CHEF DE MÉNAGE             | 08 = FRÈRE OU SŒUR                          |
| 02 = MARI OU FEMME              | 09 = NEVEU/NIECE                            |
| 03 = FILS OU FILLE              | 10 = NEVEU/NIECE PAR ALLIANCE               |
| 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE      | 11 = AUTRES PARENTS                         |
| 05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE | 12 = ENFANT ADOPTÉ/EN GARDE/<br>DU CONJOINT |
| 06 = PÈRE OU MÈRE               | 13 = SANS PARENTÉ                           |
| 07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE    | 98 = NE SAIT PAS                            |

**2. CODES POUR Q. 8 : ÉTAT MATRIMONIAL**

- |   |
|---|
| 1 = MARIE OU VIVANT ENSEMBLE                            |
| 2 = DIVORCE/SEPARE                                      |
| 3 = VEUF/VEUVE  |
| 4 = JAMAIS MARIÉ/ N'A JAMAIS<br>VÉCU AVEC UN PARTENAIRE |

	SI ÂGÉ DE 0-17 ANS				SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS		SI ÂGÉ DE 5-24 ANS			
	SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				ÉCOLE FRÉQUENTÉE		SCOLARITÉ RÉCENTE/COURANTE			
N U M  L I G N E	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle dans ce ménage ?	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il dans ce ménage ?	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ?	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment au cours de l'année scolaire 2008-2009 ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe est/était (NOM) ?	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment au cours de l'année scolaire précédente, c'est à dire 2007-2008 ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM) ?
		SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE No LIGNE DE LA MÈRE SI NON : INSCRIRE '00'		SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE No LIGNE DU PÈRE SI NON : INSCRIRE '00'		Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ?		VOIR CODES CI-DESSOUS. <sup>4</sup>		VOIR CODES CI-DESSOUS. <sup>4</sup>
(1)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)
01	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLER À 15		O N NSP 1 2 8 ↓ ALLER À 17		O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIV. CL. <input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLER À 21	NIV. CL. <input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIV. CL. <input type="text"/> <input type="text"/>
02	1 2 8 ↓ ALLER À 15		1 2 8 ↓ ALLER À 17		1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 21	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>
03	1 2 8 ↓ ALLER À 15		1 2 8 ↓ ALLER À 17		1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 21	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>
04	1 2 8 ↓ ALLER À 15		1 2 8 ↓ ALLER À 17		1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 21	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>
05	1 2 8 ↓ ALLER À 15		1 2 8 ↓ ALLER À 17		1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 21	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>
06	1 2 8 ↓ ALLER À 15		1 2 8 ↓ ALLER À 17		1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 21	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>
07	1 2 8 ↓ ALLER À 15		1 2 8 ↓ ALLER À 17		1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 21	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>
08	1 2 8 ↓ ALLER À 15		1 2 8 ↓ ALLER À 17		1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 21	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>

### 3. CODES POUR Q.12 : DECLARATION DE NAISSANCE

1 = A UN ACTE  
2 = ENREGISTRÉE  
3 = NI L'UN NI L'AUTRE  
8 = NE SAIT PAS

### 4. CODES POUR QUESTIONS 18, 20 ET 22 : INSTRUCTION

PRIMAIRE = 1	SECONDAIRE 1 = 2	SECONDAIRE 2 = 3	SUPERIEUR = 4	NSP=8
0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHIEVEE				
T1 = 1 T2 = 2 T3 = 3 T4 = 4 T5 = 5 NSP = 8	T6 = 6ème = 1 T7 = 5ème = 2 T8 = 4ème = 3 T9 = 3ème = 4 NSP = 8	T10 = 2nd = 1 T11 = 1ère = 2 T12 = Terminale = 3 NSP = 8	1ère année = 1 2ème année = 2 3ème année = 3 4ème année = 4 5ème année ou +/- 5 NSP = 8	

						SI 15 ANS OU PLUS				SI ÂGÉ DE 0-4 ANS	
	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉTAT MATRIMONIAL	ÉLIGIBILITÉ			DÉCLARATION DE NAISS.
N U M  L I G N E	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.  APRES AVOIR OBTENU LA LISTE DES MEMBRES ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE, COL. 3 ET 4, POSEZ LES 3 QUESTIONS A LA FIN DE TABLEAU POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE DES MEMBRES EST COMPLÈTE.  ENSUITE POSEZ LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COL. 5 À 22	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?  VOIR CODES CI-DESSOUS. <sup>1</sup>	(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) ?	Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?  VOIR CODES CI-DESSOUS. <sup>2</sup>	ENCERCLER LE N°. DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	ENCERCLER LE N°. DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS	ENCERCLER LE N°. DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS	(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 ?  VOIR CODES CI-DESSOUS. <sup>3</sup>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
09		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	ANNÉES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	09	09	09	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	10	10	<input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	11	11	<input type="checkbox"/>
12		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	12	12	<input type="checkbox"/>
13		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	13	13	<input type="checkbox"/>
14		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	14	14	<input type="checkbox"/>
15		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	15	15	<input type="checkbox"/>
16		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	16	16	<input type="checkbox"/>

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

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

Juste pour être sûre que j'ai une liste complète :	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Y-a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas porté sur la liste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques, des locataires ou des amis qui vivent habituellement ici ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont passé la nuit dernière ici et qui n'ont pas été listées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	→ INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU	
	→ INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU	
	→ INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU	

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

		SI ÂGÉ DE 0-17 ANS				SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS		SI ÂGÉ DE 5-24 ANS			
		SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				ÉCOLE FRÉQUENTÉE		SCOLARITÉ RÉCENTE/COURANTE			
N U M  L I G N E	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle dans ce ménage ?	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il dans ce ménage ?	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ?	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment au cours de l'année scolaire 2008-2009 ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe est/était (NOM) ?	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment au cours de l'année scolaire précédente, c'est à dire 2007-2008 ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM) ?	
		SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE No LIGNE DE LA MÈRE SI NON : INSCRIRE '00'		SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE No LIGNE DU PÈRE SI NON : INSCRIRE '00'		Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ?		VOIR CODES CI-DESSOUS. <sup>4</sup>		VOIR CODES CI-DESSOUS. <sup>4</sup>	
(1)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	
09	O N NSP 1 2-8 ↓ ALLER À 15	<input type="text"/>	O N NSP 1 2-8 ↓ ALLER À 17	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIV. CL. <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLER À 21	NIV. CL. <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIV. CL. <input type="text"/>	
10	1 2-8 ↓ ALLER À 15	<input type="text"/>	1 2-8 ↓ ALLER À 17	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 21	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	
11	1 2-8 ↓ ALLER À 15	<input type="text"/>	1 2-8 ↓ ALLER À 17	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 21	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	
12	1 2-8 ↓ ALLER À 15	<input type="text"/>	1 2-8 ↓ ALLER À 17	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 21	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	
13	1 2-8 ↓ ALLER À 15	<input type="text"/>	1 2-8 ↓ ALLER À 17	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 21	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	
14	1 2-8 ↓ ALLER À 15	<input type="text"/>	1 2-8 ↓ ALLER À 17	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 21	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	
15	1 2-8 ↓ ALLER À 15	<input type="text"/>	1 2-8 ↓ ALLER À 17	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 21	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	
16	1 2-8 ↓ ALLER À 15	<input type="text"/>	1 2-8 ↓ ALLER À 17	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER À 21	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/>	

**Q. 8 : ÉTAT MATRIMONIAL**

- 1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE
- 2 = DIVORCÉ/SÉPARÉ
- 3 = VEUF/VEUVE
- 4 = JAMAIS MARIÉ/ N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN PARTENAIRE

**Q.12 :  
DECLARATION DE  
NAISSANCE**

- 1 = A UN ACTE
- 2 = ENREGISTRÉE
- 3 = NI L'UN NI L'AUTRE
- 8 = NE SAIT PAS

**4. CODES POUR QUESTIONS 18, 20 ET 22 : INSTRUCTION**

PRIMAIRE = 1	SECONDAIRE 1 = 2	SECONDAIRE 2 = 3	SUPERIEUR = 4	NSP=8
0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHÉVÉE				
T1 = 1 T2 = 2 T3 = 3 T4 = 4 T5 = 5 NSP = 8	T6 = 6ème = 1 T7 = 5ème = 2 T8 = 4ème = 3 T9 = 3ème = 4 NSP = 8	T10 = 2nd = 1 T11 = 1ère = 2 T12 = Terminale = 3 NSP = 8	1ère année = 1 2ème année = 2 3ème année = 3 4ème année = 4 5ème année ou += 5 NSP = 8	

**CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N <sup>o</sup> .	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	<b>EAU DU ROBINET</b> ROBINET DANS LOGEMENT ..... 11 ROBINET DANS COUR ..... 12 FONTAINE PUBLIQUE ..... 13 PUIITS À POMPE OU FORAGE ..... 21 <b>PUITS CREUSÉ</b> PUIITS PROTÉGÉ ..... 31 PUIITS NON PROTÉGÉ ..... 32 <b>EAU DE SOURCE</b> SOURCE PROTÉGÉE ..... 41 SOURCE NON PROTÉGÉE ..... 42 EAU DE PLUIE ..... 51 CAMION CITERNE ..... 61 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/ BARRAGE/LAC/MARE/FLEUVE/ CANAL D'IRRIGATION) ..... 81 EAU EN BOUTEILLE ..... 91  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 106 → 103 → 106 → 103 → 103 → 103
102	D'où provient principalement l'eau que les membres de votre ménage utilisent pour d'autres choses comme cuisiner et se laver les mains ?	<b>EAU DU ROBINET</b> ROBINET DANS LOGEMENT ..... 11 ROBINET DANS COUR ..... 12 FONTAINE PUBLIQUE ..... 13 PUIITS À POMPE OU FORAGE ..... 21 <b>PUITS CREUSÉ</b> PUIITS PROTÉGÉ ..... 31 PUIITS NON PROTÉGÉ ..... 32 <b>EAU DE SOURCE</b> SOURCE PROTÉGÉE ..... 41 SOURCE NON PROTÉGÉE ..... 42 EAU DE PLUIE ..... 51 CAMION CITERNE ..... 61 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/ BARRAGE/LAC/MARE/FLEUVE/ CANAL D'IRRIGATION) ..... 81  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 106 → 106
103	Où est située cette source d'approvisionnement de l'eau ?	DANS LOGEMENT ..... 1 DANS COUR/PARCELLE ..... 2 AILLEURS ..... 3	→ 106
104	Combien de temps faut-il pour s'y rendre, prendre l'eau et revenir ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998	
105	Habituellement, qui se rend à la source d'approvisionnement pour aller chercher l'eau ?	UNE FEMME ADULTE ..... 1 UN HOMME ADULTE ..... 2 UNE FILLE DE MOINS DE 15 ANS ..... 3 UN GARÇON DE MOINS DE 15 ANS ..... 4  AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																					
105A	D'après vous, que peut-on faire pour rendre potable l'eau à boire ?  Quelque chose d'autre ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	LA FAIRE BOUILLIR ..... A AJOUTER EAU DE JAVEL/CHLORE ..... B AJOUTER PRODUIT "SUR EAU" ..... C LA FILTRER À TRAVERS UN LINGE ..... D UTILISER UN FILTRE (CÉRAMIQUE/ SABLE/COMPOSITE/ETC.) ..... E DÉSINFECTION SOLAIRE ..... F LA LAISSER REPOSER ..... G  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z																						
106	Faites-vous quelque chose pour rendre l'eau plus saine pour la boire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 108																					
107	Habituellement, que faites-vous pour rendre l'eau que vous buvez plus saine ?  Quelque chose d'autre ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	LA FAIRE BOUILLIR ..... A AJOUTER EAU DE JAVEL/CHLORE ..... B AJOUTER PRODUIT "SUR EAU" ..... C LA FILTRER À TRAVERS UN LINGE ..... D UTILISER UN FILTRE (CÉRAMIQUE/ SABLE/COMPOSITE/ETC.) ..... E DÉSINFECTION SOLAIRE ..... F LA LAISSER REPOSER ..... G  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z																						
108	Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils ?	<b>CHASSE D'EAU/CHASSE MANUELLE</b> CHASSE D'EAU CONNECTÉE : À UN SYSTÈME D'ÉGOUT ..... 11 À UNE FOSSE SEPTIQUE ..... 12 À DES LATRINES ..... 13 À QUELQUE CHOSE D'AUTRE ..... 14 À NE SAIT PAS OÙ ..... 15 <b>FOSSES/LATRINES</b> LATRINES AMÉLIORÉES AUTO-AÉRÉES (LAA) ..... 21 LATRINES AVEC DALLE LAVABLE ..... 22 LATRINES AVEC DALLE NON LAVABLE ..... 23 LATRINES SANS DALLE/TROU OUVERT ..... 24 TOILETTES À COMPOSTAGE ..... 31 SEAU/TINETTE ..... 41 TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES ..... 51 PAS DE TOILETTES/NATURE ..... 61  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 111																					
109	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 111																					
110	Combien de ménages utilisent ces toilettes ?	N° DE MÉNAGES SI MOINS DE 10 ..... <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/>  10 MÉNAGES OU PLUS ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98																						
111	Dans votre ménage, avez-vous :	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>l'électricité ?</td> <td>ÉLECTRICITÉ ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>un poste radio ?</td> <td>RADIO ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>un poste télévision ?</td> <td>TÉLÉVISION ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>un téléphone portable ?</td> <td>TELEPHONE PORTABLE ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>un téléphone fixe ?</td> <td>TÉLÉPHONE FIXE ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>un réfrigérateur ?</td> <td>RÉFRIGÉRATEUR ..... 1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	l'électricité ?	ÉLECTRICITÉ ..... 1	2	un poste radio ?	RADIO ..... 1	2	un poste télévision ?	TÉLÉVISION ..... 1	2	un téléphone portable ?	TELEPHONE PORTABLE ..... 1	2	un téléphone fixe ?	TÉLÉPHONE FIXE ..... 1	2	un réfrigérateur ?	RÉFRIGÉRATEUR ..... 1	2	
	OUI	NON																						
l'électricité ?	ÉLECTRICITÉ ..... 1	2																						
un poste radio ?	RADIO ..... 1	2																						
un poste télévision ?	TÉLÉVISION ..... 1	2																						
un téléphone portable ?	TELEPHONE PORTABLE ..... 1	2																						
un téléphone fixe ?	TÉLÉPHONE FIXE ..... 1	2																						
un réfrigérateur ?	RÉFRIGÉRATEUR ..... 1	2																						



N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
112	Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour la cuisine ?	ÉLECTRICITÉ ..... 01 GAZ PROPANE LIQUÉFIÉ (GPL) ..... 02 GAZ NATUREL ..... 03 BIOGAZ ..... 04 KÉROSÈNE ..... 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 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	→ 115           → 117
113	Dans ce ménage, est-ce que vous cuisinez sur un feu ouvert, un four ouvert ou un four fermé ?	FEU OUVERT ..... 1 FOUR OUVERT ..... 2 FOUR FERMÉ AVEC CHEMINÉE ..... 3  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	→ 115
114	Est-ce que ce (feu/four) comprend une cheminée, une hotte ou rien de cela ?	CHEMINÉE ..... 1 HOTTE ..... 2 AUCUN DES DEUX ..... 3	
115	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 (PRÉCISER)	→ 117
116	Avez-vous une pièce séparée que vous utilisez comme cuisine ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
117	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL  ENREGISTRER L'OBSERVATION.	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> TERRE/SABLE ..... 11 BOUSE ..... 12 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> PLANCHES EN BOIS ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 NATTE ..... 23 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> PARQUET OU BOIS CIRÉ ..... 31 BANDES DE VINYLE/ ASPHALTE ..... 32 CARREAUX ..... 33 CIMENT ..... 34 MOQUETTE ..... 35  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																					
118	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT  ENREGISTRER L'OBSERVATION.	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> PAS DE TOIT ..... 11 CHAUME/PALME/FEUILLES ..... 12 MOTTE D'HERBE ..... 13 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> NATTE ..... 21 PALME/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  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																						
119	PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS EXTÉRIEURS  ENREGISTRER 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 PIERRE AVEC BOUE ..... 22 ADOBE NON RECOUVERT ..... 23 CONTRE-PLAQUÉ ..... 24 CARTON ..... 25 BOIS DE RÉCUPÉRATION ..... 26 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> CIMENT ..... 31 PIERRE AVEC CHAUX/CIMENT ..... 32 BRIQUES ..... 33 BLOCS DE CIMENT ..... 34 ADOBE RECOUVERT ..... 35 PLANCHE EN BOIS/SHINGLES ..... 36  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																						
120	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	PIÈCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																						
121	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :	<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>Une montre ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Une bicyclette ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Une motocyclette ou un scooter ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Une charrette tirée par un animal ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Une voiture ou une camionnette ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Un bateau à moteur ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	Une montre ?	1	2	Une bicyclette ?	1	2	Une motocyclette ou un scooter ?	1	2	Une charrette tirée par un animal ?	1	2	Une voiture ou une camionnette ?	1	2	Un bateau à moteur ?	1	2	
	OUI	NON																						
Une montre ?	1	2																						
Une bicyclette ?	1	2																						
Une motocyclette ou un scooter ?	1	2																						
Une charrette tirée par un animal ?	1	2																						
Une voiture ou une camionnette ?	1	2																						
Un bateau à moteur ?	1	2																						
122	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres agricoles ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 124																					

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
123	Combien d'hectares de terres agricoles les membres de votre ménage possèdent-ils ?	HECTARES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> 95 HECTARES OU PLUS ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98	
124	Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux, d'autres animaux de ferme ou des volailles ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 126
125	Combien votre ménage possède t-il de :  SI AUCUN, INSCRIRE '00'. SI PLUS DE 95, INSCRIRE '95'. SI NE SAIT PAS, INSCRIRE '98'.  Zébus ?  Vaches laitières ou taureaux ?  Chevaux, ânes ou mules ?  Chèvres ?  Moutons ?  Poulets ?  Canards/Oies ?  Cochons ?	ZÉBUS ..... <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"/> POULETS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> CANARDS/OIES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> COCHONS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
126	Est-ce que des membres de votre ménage ont un compte en banque ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
127	Est-ce que votre ménage possède des moustiquaires qui peuvent être utilisés pour dormir ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 138
128	Combien de moustiquaires votre ménage possède-t-il ?  SI 7 OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES ..... <input type="text"/>	

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
129	DEMANDER À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE  SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISER DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.	OBSERVÉ ..... 1 NON OBSERVÉ ... 2	OBSERVÉ ..... 1 NON OBSERVÉ ... 2	OBSERVÉ ..... 1 NON OBSERVÉ ... 2
130	Depuis combien de mois votre ménage possède-t-il cette moustiquaire ?  SI MOINS D'UN MOIS, ENREGISTRER '00'.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  37 MOIS OU PLUS 95 PAS SÛR ..... 98	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  37 MOIS OU PLUS 95 PAS SÛR ..... 98	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  37 MOIS OU PLUS 95 PAS SÛR ..... 98
131	OBSERVER OU DEMANDER LA MARQUE/LE TYPE DE MOUSTIQUAIRE.	<b>MOUSTIQUAIRE 'PERMANENTE'</b> OLYSET ..... 11 SUPERMANET... 12 SUPER MOUSTIQUAIRE 13 MILAY ..... 14 AUTRE/NSP MARQUE ..... 16 (PASSER À 135) ←  <b>MOUSTIQUAIRE 'PRÉ-TRAITÉE'</b> TOUTE MARQUE 21 (PASSER À 133) ← AUTRE..... 31 NSP MARQUE..... 98	<b>MOUSTIQUAIRE 'PERMANENTE'</b> OLYSET ..... 11 SUPERMANET... 12 SUPER MOUSTIQUAIRE 13 MILAY ..... 14 AUTRE/NSP MARQUE ..... 16 (PASSER À 135) ←  <b>MOUSTIQUAIRE 'PRÉ-TRAITÉE'</b> TOUTE MARQUE 21 (PASSER À 133) ← AUTRE..... 31 NSP MARQUE..... 98	<b>MOUSTIQUAIRE 'PERMANENTE'</b> OLYSET ..... 11 SUPERMANET... 12 SUPER MOUSTIQUAIRE 13 MILAY ..... 14 AUTRE/NSP MARQUE ..... 16 (PASSER À 135) ←  <b>MOUSTIQUAIRE 'PRÉ-TRAITÉE'</b> TOUTE MARQUE 21 (PASSER À 133) ← AUTRE..... 31 NSP MARQUE..... 98
132	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle traitée avec un insecticide qui tue ou éloigne les moustiques ?	OUI ..... 1 NON..... 2 PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON..... 2 PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON..... 2 PAS SÛR ..... 8
133	Depuis que vous avez cette moustiquaire, a-t-elle été trempée ou plongée dans un liquide qui tue ou éloigne les moustiques ?	OUI ..... 1 NON..... 2 (PASSER À 135) ← PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON..... 2 (PASSER À 135) ← PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON..... 2 (PASSER À 135) ← PAS SÛR ..... 8
134	Cela fait combien de mois que la moustiquaire a été trempée ou plongée dans un liquide insecticide pour la dernière fois ?  SI MOINS D'UN MOIS, ENREGISTRER '00'.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  25 MOIS OU PLUS 95 PAS SÛR ..... 98	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  25 MOIS OU PLUS 95 PAS SÛR ..... 98	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  25 MOIS OU PLUS 95 PAS SÛR ..... 98
135	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI ..... 1 NON..... 2 (PASSER À 137) ← PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON..... 2 (PASSER À 137) ← PAS SÛR ..... 8	OUI ..... 1 NON..... 2 (PASSER À 137) ← PAS SÛR ..... 8

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
136	<p>Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?</p> <p>ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA PERSONNE À PARTIR DU TABLEAU MÉNAGE.</p>	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"/> NOM _____ N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
137		RETOURNER À Q.129 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE, PASSER À Q.137A.	RETOURNER À Q.129 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE, PASSER À Q.137A.	ALLER À Q.129 DANS LA PREMIÈRE COLONNE D'UN NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE, ALLER À Q.137A
137A	Est-ce que dans les 12 derniers mois, votre ménage a été affecté par une catastrophe naturelle, par exemple, un cyclone, une inondation, une sécheresse ou une invasion de criquets ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		→ 138
137B	Quel type de catastrophe ? INSISTER : Aucune autre catastrophe naturelle au cours des 12 derniers mois ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CYCLONE ..... A INONDATION ..... B SÉCHERESSE ..... C CRIQUETS ..... D AUTRE _____ X (PRÉCISER)		
137C	De quelle façon votre ménage a-t-il été affecté ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DÉCÈS/DISPARITION D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE ..... A BLESSURE D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE . . . B DOMMAGE/DESTRUCTION DE LA MAISON . . . C MANQUE D'APPROVISIONNEMENT EN NOURRITURE ..... D DESTRUCTION DES MOYENS D'EXISTENCE. E DOMMAGE/DESTRUCTION DES INFRASTRUCTURES COMMUNAUTAIRES (ÉCOLE, SANTÉ, COMMUNICATION, ETC.) F AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z		
138	Dans votre ménage, où est-ce que vous lavez des mains habituellement ?	DANS LOGEMENT/COUR/PARCELLE ..... 1 QUELQUE PART D'AUTRE ..... 2 NULLE PART ..... 3		→ 140

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
139	DEMANDER À VOIR L'ENDROIT LE PLUS SOUVENT UTILISÉ POUR SE LAVÉ LES MAINS ET VÉRIFIER SI LES OBJETS SUIVANTS S'Y TROUVENT			OUI NON EAU/ROBINET ..... 1 2 SAVON, CENDRE OU AUTRE PRODUIT LAVANT ..... 1 2 CUVETTE ..... 1 2
140	DEMANDER À L'ENQUÊTÉ UNE CUILLÈRE DE SEL POUR LA CUISINE.  TEST DU SEL POUR LA TENEUR EN IODE  ENREGISTRER PPM (PARTS PAR MILLION)			0 PPM (NON IODÉ) ..... 1 MOINS DE 15 PPM ..... 2 15 PPM ET PLUS ..... 3 PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE ..... 4 SEL NON TESTÉ ..... 6 (PRÉCISER LA RAISON)
141	VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE :  MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME, LES BIOMARQUEURS ET LA VERSION LONGUE DU QUESTIONNAIRE FEMME ?  OUI (1) <input type="checkbox"/> → CONTINUER AVEC LE QUESTIONNAIRE BIOMARQUEURS  NON (2) <input type="checkbox"/> → FIN DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE			

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ  
EDSMD-IV 2008  
QUESTIONNAIRE BIOMARQUEURS**

RÉPUBLIQUE DE MADAGASCAR  
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE  
ET DES STATISTIQUES SOCIALES

IDENTIFICATION													
NOM DE LA LOCALITÉ _____													
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____													
NUMÉRO DE GRAPPE .....	GRAPPE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
NUMÉRO SÉQUENTIEL DU MÉNAGE DANS LA GRAPPE (BUREAU) .....	MÉNA./GRAP. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
NUMÉRO DE STRUCTURE (BÂTIMENT) .....	STRUCTURE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
NUMÉRO DE MÉNAGE (DANS LA STRUCTURE) .....	MÉNAGE/STRUCT. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
RÉGION .....	RÉGION <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
COMMUNE .....	COMMUNE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
ANTANANARIVO/AUTRE VILLE/RURAL .....	RÉSIDENCE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
(ANTANANARIVO=1, AUTRE VILLE=2, RURAL=3)													
VISITES D'ENQUÊTEURS													
	1	2	3	VISITE FINALE									
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	2	0	0						
2	0	0											
PROCHAINE DATE VISITE :	_____	_____		CODE ENQU. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
HEURE	_____	_____		RÉSULTAT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
*CODES RÉSULTATS :				NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
1	REMPLE			TOTAL D'ENFANTS 0-5 ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
2	PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE			TOTAL DE FEMMES 15-49 ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
3	MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE			TOTAL D'HOMMES 15-59 ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
4	DIFFÉRÉ												
5	REFUSÉ												
6	LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE												
7	LOGEMENT DÉTRUIT												
8	LOGEMENT NON TROUVÉ												
9	AUTRE _____												
	(PRÉCISER)												
CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR									
NOM _____	NOM _____		_____	_____									
DATE _____	DATE _____		_____	_____									

MESURES DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS			
101	VÉRIFIER COLONNE 11 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE ET L'ÂGE DE CHAQUE ENFANT DE 0-5 ANS À Q.102. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.		
		ENFANT 1	ENFANT 2
102	DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE : N° 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 .....
103	Quelle est la date de naissance de (NOM) ? SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER : Quel est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANN. <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANN. <input type="text"/> <input type="text"/>
104	VÉRIFIER 103 : ENFANT NÉ EN JANVIER 2003 OU PLUS TARD ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À ...)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À ...)
105	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
107	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2
108	RÉSULTAT : MESURES DU POIDS ET DE LA TAILLE	MESURÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6	MESURÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6
109	VÉRIFIER 103 : ENFANT DE 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE, NÉ AU COURS DES CINQ DERNIERS MOIS ?	0-5 MOIS ..... 1 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS PLUS ÂGE ..... 2)	0-5 MOIS ..... 1 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS PLUS ÂGE ..... 2)
110	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (COLONNE 1) NOTER '00' SI NON LISTÉ.	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS			
111	<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 d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2003 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 absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont confidentiels.</p> <p>Avez-vous des questions ? Vous pouvez dire OUI pour le test, ou NON. C'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (NOM(S) DE(S) L'ENFANT(S)) à participer au test d'anémie ? ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.111A ET SIGNER.</p>		
111A	LIRE LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE. ENCERCLER CODE ET SIGNER.	ACCORDÉ ..... 1 (SIGNER) ← REFUSÉ ..... 2 (SI REFUSÉ, PASSER À 113)	ACCORDÉ ..... 1 (SIGNER) ← REFUSÉ ..... 2 (SI REFUSÉ, PASSER À 113)
112	NOTER LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET SUR LA BROCHURE SUR	G/DL . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	G/DL . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
113	CODE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE	MESURÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6	MESURÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6
114	RETOURNER À 103 DANS LA COLONNE SUIVANTE ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 201.		



		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE : N° 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 .....
103	Quelle est la date de naissance de (NOM) ? SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER : Quel est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANN. <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"/> ANN. <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"/> ANN. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	VÉRIFIER 103 : ENFANT NÉ EN JANVIER 2003 OU PLUS TARD ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À ...)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À ...)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À ...)
105	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
107	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2
108	RÉSULTAT : MESURES DU POIDS ET DE LA TAILLE	MESURÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6	MESURÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6	MESURÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6
109	VÉRIFIER 103 : ENFANT DE 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE, NÉ AU COURS DES CINQ DERNIERS MOIS ?	0-5 MOIS ..... 1 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS PLUS ÂGÉ ..... 2)	0-5 MOIS ..... 1 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS PLUS ÂGÉ ..... 2)	0-5 MOIS ..... 1 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS PLUS ÂGÉ ..... 2)
110	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (COLONNE 1) NOTER '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"/>
<b>CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS</b>				
111	<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 d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2003 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 absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont confidentiels.</p> <p>Avez-vous des questions ? Vous pouvez dire OUI pour le test, ou NON. C'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (NOM(S) DE(S) L'ENFANT(S)) à participer au test d'anémie ? ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.111A ET SIGNER.</p>			
111A	LIRE LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE. ENCERCLER CODE ET SIGNER.	ACCORDÉ ..... 1 (SIGNER) ←   REFUSÉ ..... 2 (SI REFUSÉ, PASSER À 113)	ACCORDÉ ..... 1 (SIGNER) ←   REFUSÉ ..... 2 (SI REFUSÉ, PASSER À 113)	ACCORDÉ ..... 1 (SIGNER) ←   REFUSÉ ..... 2 (SI REFUSÉ, PASSER À 113)
112	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU D'HÉMOGLOBINE IC ET SUR ILA FICHE DE L'ANEMIE	G/DL . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	G/DL . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	G/DL . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
113	CODE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE	MESURÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6	MESURÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6	MESURÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6
POUR CHAQUE ENFANT QUI A ÉTÉ TESTÉ, ENSUITE PRÉPARER LA FICHE DE RÉSULTAT POUR LA DONNÉE AU PARENT (OU AUTRE ADULTE).				
114	RETOURNER À 103 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU LA 1 <sup>e</sup> COLONNE DU NOUVEAU QUEST. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À			
COCHER ICI SI UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE EST UTILISÉ <input type="checkbox"/>				

**MESURES DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE  
CHEZ LES FEMMES DE 15-49 ANS ET LES HOMMES DE 15-59 ANS**

201 VÉRIFIER COLONNES 9 ET 10 DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS ET DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS AUX QUESTIONS 202 ET 203.

S'IL Y A PLUS DE 4 ADULTES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.

LE RÉSULTAT FINAL DES MESURES DU POIDS ET DE LA TAILLE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉ À Q.208 ET À Q.216 POUR LE TEST D'ANÉMIE.

		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
202	N° DE LIGNE DE COL. 9 OU 10	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>
203	NOM DE COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____	NOM _____
204	ENREGISTRER L'ÂGE ET LE SEXE DE TOUS LES ENQUÊTÉS ÉLIGIBLES	ÂGE ..... <input type="text"/>	ÂGE ..... <input type="text"/>	ÂGE ..... <input type="text"/>	ÂGE ..... <input type="text"/>
205	INSCRIRE LE NOMBRE D'ENQUÊTÉS ÉLIGIBLES SUR LA PAGE DE COUVERTURE DE CE QUESTIONNAIRE	MASCULIN. .... 1 (PASSER À 209) ←	MASCULIN. .... 1 (PASSER À 209) ←	MASCULIN. .... 1 (PASSER À 209) ←	MASCULIN. .... 1 (PASSER À 209) ←
		FÉMININ. .... 2	FÉMININ. .... 2	FÉMININ. .... 2	FÉMININ. .... 2
206	POIDS EN KILOGRAMMES	KG <input type="text"/>	KG <input type="text"/>	KG <input type="text"/>	KG <input type="text"/>
207	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM <input type="text"/>	CM <input type="text"/>	CM <input type="text"/>	CM <input type="text"/>
208	RÉSULTAT : MESURES DU POIDS ET DE LA TAILLE	MESURÉ. .... 1 ABSENT. .... 2 REFUS. .... 3 AUTRE. .... 6	MESURÉ. .... 1 ABSENT. .... 2 REFUS. .... 3 AUTRE. .... 6	MESURÉ. .... 1 ABSENT. .... 2 REFUS. .... 3 AUTRE. .... 6	MESURÉ. .... 1 ABSENT. .... 2 REFUS. .... 3 AUTRE. .... 6

		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
		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"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____	NOM _____	NOM _____	NOM _____
209	ÂGE ET SEXE VÉRIFIER Q.204 ET Q.205	15-17 ANS. .... 1 FEM. 18-49 ANS. .... 2 (PASSER À 212B) ←	15-17 ANS. .... 1 FEM. 18-49 ANS. .... 2 (PASSER À 212B) ←	15-17 ANS. .... 1 FEM. 18-49 ANS. .... 2 (PASSER À 212B) ←	15-17 ANS. .... 1 FEM. 18-49 ANS. .... 2 (PASSER À 212B) ←
		HOM. 18-59 ANS. .... 3	HOM. 18-59 ANS. .... 3	HOM. 18-59 ANS. .... 3	HOM. 18-59 ANS. .... 3
210	ÉTAT MATRIMONIAL VÉRIFIER COL.8	JAMAIS EN UNION. ... 1 AUTRE. .... 2 (PASSER À 212B) ←	JAMAIS EN UNION. ... 1 AUTRE. .... 2 (PASSER À 212B) ←	JAMAIS EN UNION. ... 1 AUTRE. .... 2 (PASSER À 212B) ←	JAMAIS EN UNION. ... 1 AUTRE. .... 2 (PASSER À 212B) ←
211	ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE. ENREGISTRER '00' SI LA PERSONNE N'EST PAS LISTÉE	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>
212	<p><b>POUR LES JEUNES DE 15-17 ANS: DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT OU ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE</b></p> <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 d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne mis à part l'équipe d'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions ? Vous pouvez dire OUI pour le test, ou NON. C'est votre décision. Maintenant, est-ce que vous acceptiez que [JEUNE DE 15-17 ANS] participe au test d'anémie ? ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.212A ET SIGNER.</p>				
212A	LIRE LE CONSENTEMENT DU TEST D'ANÉMIE AU PARENT OU ADULTE IDENTIFIÉ À 211. ( POUR JEUNES DE 15-17 ANS JAMAIS EN UNION).	ACCORDE ..... 1 REFUSÉ ..... 2 _____ (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 216	ACCORDE ..... 1 REFUSÉ ..... 2 _____ (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 216	ACCORDE ..... 1 REFUSÉ ..... 2 _____ (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 216	ACCORDE ..... 1 REFUSÉ ..... 2 _____ (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 216
212B	<p><b>DEMANDER LE CONSENTEMENT DES ADULTES/JEUNES POUR LE TEST D'ANÉMIE</b></p> <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 d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne mis à part l'équipe d'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions ? Vous pouvez dire OUI pour le test, ou NON. C'est votre décision. Maintenant, est-ce que vous acceptiez de participer au test d'anémie ? ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.212C ET SIGNER.</p>				
212C	LIRE LE CONSENTEMENT DU TEST D'ANÉMIE À LA FEMME ADULTE DE 18-49 ANS OU À L'HOMME ADULTE DE 18-59 ANS OU AU JEUNE	ACCORDE ..... 1 REFUSÉ ..... 2 _____ (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 216	ACCORDE ..... 1 REFUSÉ ..... 2 _____ (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 216	ACCORDE ..... 1 REFUSÉ ..... 2 _____ (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 216	ACCORDE ..... 1 REFUSÉ ..... 2 _____ (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 216

		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
213	SEXE DE L'ENQUÊTÉ	MASCULIN. .... 1 (PASSER À 215) ← FEMININ. .... 2	MASCULIN. .... 1 (PASSER À 215) ← FEMININ. .... 2	MASCULIN. .... 1 (PASSER À 215) ← FEMININ. .... 2	MASCULIN. .... 1 (PASSER À 215) ← FEMININ. .... 2
214	VÉRIFIER À Q.226 DU QUEST. FEMME OU DEMANDER :  Êtes-vous enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8
215	NOTER NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET SUR LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE	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"/>	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
216	RÉSULTAT DU TEST HÉMOGLOBINE	MESURÉ. .... 1 ABSENT. .... 2 REFUS. .... 3 AUTRE. .... 6	MESURÉ. .... 1 ABSENT. .... 2 REFUS. .... 3 AUTRE. .... 6	MESURÉ. .... 1 ABSENT. .... 2 REFUS. .... 3 AUTRE. .... 6	MESURÉ. .... 1 ABSENT. .... 2 REFUS. .... 3 AUTRE. .... 6
POUR CHAQUE ENQUÊTÉ QUI A ÉTÉ TESTÉ, PRÉPARER LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE POUR LA DONNER À L'ENQUÊTÉ(AU PARENT OU AUTRE ADULTE POUR LES JEUNES DE 15-17 ANS).					
217	<b>CONTINUER À 301 (TEST DE SYPHILIS)</b>				
COCHER ICI SI UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE EST UTILISÉ <input type="checkbox"/>					

TEST DE SYPHILIS - IDENTIFICATION ET CONSENTEMENT					
		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
		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"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____	NOM _____	NOM _____	NOM _____
301	ÂGE ET SEXE VÉRIFIER Q.204 ET Q.205	15-17 ANS. .... 1 FEM. 18-49 ANS. .... 2 (PASSER À 304B) ←	15-17 ANS. .... 1 FEM. 18-49 ANS. .... 2 (PASSER À 304B) ←	15-17 ANS. .... 1 FEM. 18-49 ANS. .... 2 (PASSER À 304B) ←	15-17 ANS. .... 1 FEM. 18-49 ANS. .... 2 (PASSER À 304B) ←
		HOM. 18-59 ANS. .... 3	HOM. 18-59 ANS. .... 3	HOM. 18-59 ANS. .... 3	HOM. 18-59 ANS. .... 3
302	VÉRIFIER ÉTAT MATRIMONIAL	JAMAIS EN UNION. ... 1 AUTRE. .... 2 (PASSER À 304B) ←	JAMAIS EN UNION. ... 1 AUTRE. .... 2 (PASSER À 304B) ←	JAMAIS EN UNION. ... 1 AUTRE. .... 2 (PASSER À 304B) ←	JAMAIS EN UNION. ... 1 AUTRE. .... 2 (PASSER À 304B) ←
303	ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE. ENREGISTRER '00' SI LA PERSONNE N'EST PAS LISTÉE.	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ</b>					
304	<b>POUR LES JEUNE DE 15-17 ANS: DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT OU ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE SYPHILIS</b>				
	<p>Dans cette enquête, nous étudions la syphilis chez les femmes et les hommes à Madagascar. La syphilis peut causer de sérieux problèmes de santé si elle n'est pas traitée. Les résultats de cette enquête aideront le gouvernement de Madagascar à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter la syphilis.</p> <p>Nous voudrions que [JEUNE DE 15-17 ANS] participe à ce test. Si vous acceptez, nous allons prélever d'abord quelques gouttes de sang du même doigt déjà piqué pour le test d'anémie (ou du doigt, SI L'ENQUÊTÉ N'AVAIT PAS CONSENTI AU TEST D'ANÉMIE). Nous allons déterminer le résultat du test ici sur place chez vous, si vous avez eu ou si vous avez la syphilis. Nous vous donnerons le résultat sur place. Pour ces tests, nous utilisons des instruments stérilisés et non réutilisables qui sont propres et complètement sans risque.</p> <p>Les résultats du test de syphilis du [JEUNE DE 15-17 ANS] sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne mis à part vous, [JEUNE DE 15-17 ANS], et l'équipe d'enquête.</p> <p>Si le résultat du test est positif, nous proposerons à [JEUNE DE 15-17 ANS] un traitement immédiat. Cependant, nous pouvons aussi référer [JEU</p> <p>Avez-vous des questions ?</p> <p>Maintenant, est-ce que vous acceptez que [JEUNE DE 15-17 ANS] participe à ce test de syphilis. Vous pouvez accepter ou refuser que [JEUNE DE 15-17 ANS] participe au test. C'est à vous de décider.</p> <p>ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.304A ET SIGNER.</p>				
304A	LIRE LE CONSENTEMENT DU TEST DE SYPHILIS AU PARENT OU ADULTE IDENTIFIÉ À 303. (POUR JEUNES DE 15-17 ANS JAMAIS EN UNION).	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT ..... 3  (SIGNER) SI REFUSÉ OU ABSENT PASSER À 332	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT ..... 3  (SIGNER) SI REFUSÉ OU ABSENT PASSER À 332	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT ..... 3  (SIGNER) SI REFUSÉ OU ABSENT PASSER À 332	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT ..... 3  (SIGNER) SI REFUSÉ OU ABSENT PASSER À 332

		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ</b>					
304B	<b>DEMANDER LE CONSENTEMENT DES ADULTES/JEUNES POUR LE TEST DE SYPHILIS</b>				
<p>Dans cette enquête, nous étudions la syphilis chez les femmes et les hommes à Madagascar. La syphilis peut causer de sérieux problèmes de santé si elle n'est pas traitée. Les résultats de cette enquête aideront le gouvernement de Madagascar à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter la syphilis.</p> <p>Nous voudrions que vous participiez à ce test. Si vous acceptez, nous allons prélever d'abord quelques gouttes de sang du même doigt déjà piqué pour le test d'anémie (ou du doigt, SI L'ENQUÊTÉ N'AVAIT PAS CONSENTI AU TEST D'ANÉMIE). Nous allons déterminer le résultat du test ici sur place chez vous, si vous avez eu ou si vous avez la syphilis. Nous vous donnerons le résultat sur place.</p> <p>Pour ces tests, nous utilisons des instruments stérilisés et non réutilisables qui sont propres et complètement sans risque.</p> <p><b>[CHEZ LES ADULTES]</b> Les résultats de votre test de syphilis sont strictement confidentielles et ne seront transmises à personne à part vous l'équipe d'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions ? Maintenant, est-ce que vous acceptiez participer à ce test de syphilis. Vous pouvez accepter ou refuser. C'est à vous de décider.</p> <p>ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.304C ET SIGNER.</p>					
304C	LIRE LE CONSENTEMENT DU TEST DE SYPHILIS À LA FEMME ADULTE 18-49 ANS OU À L'HOMME ADULTE 18-59 ANS OU AU JEUNE	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT ..... 3  (SIGNER) SI REFUSÉ OU ABSENT PASSER À 332	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT ..... 3  (SIGNER) SI REFUSÉ OU ABSENT PASSER À 332	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT ..... 3  (SIGNER) SI REFUSÉ OU ABSENT PASSER À 332	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT ..... 3  (SIGNER) SI REFUSÉ OU ABSENT PASSER À 332

<b>TEST DE SYPHILIS</b>					
		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
	N° DE LIGNE DE COL. 9 OU 10 NOM DE 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 _____	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
305	GOUTTES DE SANG CAPILLAIRES PRÉLEVÉ POUR LE TEST DE SYPHILIS	PRÉLEVÉ..... 1 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME..... 2 (PASSER À 332) ←	PRÉLEVÉ..... 1 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME..... 2 (PASSER À 332) ←	PRÉLEVÉ..... 1 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME..... 2 (PASSER À 332) ←	PRÉLEVÉ..... 1 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME..... 2 (PASSER À 332) ←
306	RÉSULTAT DU TEST DE SYPHILIS. INFORMER CHAQUE ENQUÊTÉ DU RÉSULTAT DU TEST.	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (PASSER À 332) ← INDÉTERMINÉ..... 3	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (PASSER À 332) ← INDÉTERMINÉ..... 3	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (PASSER À 332) ← INDÉTERMINÉ..... 3	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (PASSER À 332) ← INDÉTERMINÉ..... 3

	ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
306A	<p>VÉRIFIER 301 ET 302</p> <p>SI 15-17 ANS ET JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 100px;">SI FEMME 18-49 ANS OU HOMME 18-59 ANS</span> <input type="checkbox"/> → 307B  OU 15-17 ANS ET EN UNION OU VIVANT SEUL</p>			
<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ</b>				
307	<p><b>POUR LES JEUNES DE 15-17 ANS: DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT OU ADULTE RESPONSABLE POUR LE PRÉLÈVEMENT DE SANG DES VEINES</b></p> <p>Bonjour, mon nom est (NOM) et je travaille pour l'Institut National de la Statistique. Mon/ma collègue m'a informé du résultat du test de syphilis de [JEUNE]. [JEUNE] a un résultat positif. Cependant, le test que nous faisons indique seulement la présence de la maladie, et ne nous permet pas de savoir si [JEUNE] a actuellement la syphilis. Par conséquent, nous souhaiterions faire un second test pour déterminer si [JEUNE] a actuellement la syphilis, ou si [JEUNE] l'a eu dans le passé. Pour ce deuxième test, nous aurons besoin de prendre un échantillon de sang de la veine du bras de [JEUNE]. Ce second test sera fait dans un laboratoire et personne ne connaîtra le résultat de [JEUNE] car nous attacherons juste un numéro à l'échantillon de sang. Le nom de [JEUNE] ne sera pas écrit sur l'échantillon de sang et, par conséquent, nous ne pourrions pas vous fournir, ni fournir à [JEUNE], les résultats de ce test.</p> <p>Pour ce test, nous utiliserons des instruments stériles qui sont propres et sans aucun risque.</p> <p>Avez-vous des questions ?</p> <p>Nous aimerions que [JEUNE] participe à ce test de syphilis. Cependant, si vous ne voulez pas que ce test soit fait, c'est votre droit et nous respectons votre décision.</p> <p>Maintenant, pouvez-vous me dire si vous acceptez que [JEUNE] participe au test de syphilis ?</p> <p>NOM DE L' INFIRMIER: _____ SIGNATURE: _____</p> <p>ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.307A ET SIGNER.</p>			
307A	<p>LIRE LE CONSENTEMENT DU PRÉLÈVEMENT DU SANG DES VEINES AU PARENT OU ADULTE IDENTIFIÉ À 303. (POUR JEUNES DE 15-17 ANS JAMAIS EN UNION).</p> <p>ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 312</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 312</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 312</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 312</p>
<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ</b>				
307B	<p><b>CONSENTEMENT POUR LE PRÉLÈVEMENT DE SANG DES VEINES CHEZ LES ADULTES/JEUNES</b></p> <p>Bonjour, mon nom est (NOM) et je travaille pour l'Institut National de la Statistique. Mon/ma collègue m'a informé du résultat de votre test de syphilis. Vous avez un résultat positif. Cependant, le test que nous faisons indique seulement la présence de la maladie, et ne nous permet pas de savoir si vous avez actuellement la syphilis. Par conséquent, nous souhaiterions faire un second test pour déterminer si vous avez actuellement la syphilis, ou si vous l'avez eu dans le passé. Pour ce deuxième test, nous aurons besoin de prendre un échantillon de sang de la veine de votre bras. Ce second test sera fait dans un laboratoire et personne ne connaîtra votre résultat car nous attacherons juste un numéro à l'échantillon de sang. Votre nom ne sera pas écrit sur l'échantillon de sang et, par conséquent, nous ne pourrions pas vous fournir les résultats de ce test.</p> <p>Pour ce test, nous utiliserons des instruments stériles qui sont propres et sans aucun risque.</p> <p>Avez-vous des questions ?</p> <p>Nous aimerions que vous participiez à ce test de syphilis. Cependant, si vous ne voulez pas que ce test soit fait, c'est votre droit et nous respectons votre décision.</p> <p>Maintenant, pouvez-vous me dire si vous acceptez participer au test de syphilis ?</p> <p>NOM DE L' INFIRMIER: _____ SIGNATURE: _____</p> <p style="text-align: right;">ENCE</p>			
307C	<p>LIRE LE CONSENTEMENT DU PRÉLÈVEMENT DU SANG DES VEINES À LA FEMME ADULTE DE 18-49 ANS OU À L'HOMME ADULTE DE 18-59 ANS OU DU JEUNE.</p> <p>ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 312</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 312</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 312</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 312</p>

308	<b>AVANT DE PRÉLEVER DU SANG DES VEINES, PRENDRE LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES BARRES DANS LA PREMIÈRE RANGÉE DISPONIBLE SUR LA FEUILLE DES ÉTIQUETTES ENSUITE LA COLLER À LA QUESTION 309.</b>				
309	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODE BARRE	COLLER LE PREMIER CODE BARRE ICI	COLLER LE PREMIER CODE BARRE ICI	COLLER LE PREMIER CODE BARRE ICI	COLLER LE PREMIER CODE BARRE ICI
310	SANG DES VEINES DU BRAS PRÉLEVÉ POUR LE TEST DE SYPHILIS RPR ET TPHA	PRÉLEVÉ..... 1 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME _____ 2 (PRÉCISER)	PRÉLEVÉ..... 1 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME _____ 2 (PRÉCISER)	PRÉLEVÉ..... 1 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME _____ 2 (PRÉCISER)	PRÉLEVÉ..... 1 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME _____ 2 (PRÉCISER)
311	<b>PRENDRE LA DEUXIÈME ÉTIQUETTE CODES BARRES DE LA MÊME RANGÉE DISPONIBLE SUR LA FEUILLE DES ÉTIQUETTES ENSUITE LA COLLER SUR LE TUBE DE SANG PRÉLEVÉ</b>				
311A	VERIFIER 306  POSITIF <input type="checkbox"/> CODE ' 1 ' ENCERCLÉ ↓		INDÉTERMINÉ <input type="checkbox"/> → 332 CODE ' 3 ' ENCERCLÉ		
311B	VERIFIER 301 ET 302 SI 15-17 ANS ET JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/> ↓		SI FEMME 18-49 ANS OU HOMME 18-59 ANS OU 15-17 ANS ET EN UNION OU VIVANT SEUL <input type="checkbox"/> → 312B		
<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ</b>					
312	<b>POUR LES JEUNES DE 15-17 ANS: DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT OU ADULTE RESPONSABLE POUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS</b>				
<p>Le résultat du test de syphilis de [JEUNE DE 15-17 ANS] est positif. Ce résultat montre que [JEUNE DE 15-17 ANS] peut avoir la syphilis, qui pourrait causer de sérieux problèmes de santé à [JEUNE DE 15-17 ANS] si il/elle n'est pas traité(e). Le traitement consiste en une injection de pénicilline ou des comprimés antibiotiques.</p> <p>Nous pouvons fournir le traitement immédiatement. Cependant, si vous préférez, nous pouvons référer [JEUNE DE 15-17 ANS] à un établissement de santé. C'est à vous de décider si vous souhaitez un traitement immédiat ou si vous préférez que [JEUNE DE 15-17 ANS] soit référé. Voulez-vous que [JEUNE DE 15-17 ANS] reçoive le traitement maintenant, ou voulez-vous que je le réfère à un établissement de santé?</p> <p>ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.312A ET SIGNER.</p>					
312A	CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT/SUIVI DE LA SYPHILIS À L'ADULTE RESPONSABLE	OUI, À LA MAISON MAINTENANT... 1  OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2  NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3  _____ (SIGNER)  SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LETTRE AU PARENT POUR LE JEUNE ET PASSER À 328	OUI, À LA MAISON MAINTENANT... 1  OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2  NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3  _____ (SIGNER)  SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LETTRE AU PARENT POUR LE JEUNE ET PASSER À 328	OUI, À LA MAISON MAINTENANT... 1  OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2  NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3  _____ (SIGNER)  SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LETTRE AU PARENT POUR LE JEUNE ET PASSER À 328	OUI, À LA MAISON MAINTENANT... 1  OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2  NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3  _____ (SIGNER)  SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LETTRE AU PARENT POUR LE JEUNE ET PASSER À 328



		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ</b>					
312B	<b>CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS CHEZ LES ADULTES/JEUNES</b>				
	<p>Le résultat de votre test de syphilis est positif. Ce résultat montre que vous pouvez avoir la syphilis, qui pourrait vous causer de sérieux problèmes de santé si vous n'êtes pas traité(e).            Le traitement consiste en une injection de pénicilline ou des comprimés antibiotiques.            Nous pouvons vous fournir le traitement immédiatement. Cependant, si vous préférez, nous pouvons vous référer à un établissement de santé. C'est à vous de décider si vous souhaitez un traitement immédiat ou si vous préférez être référé.</p> <p>Voulez-vous recevoir le traitement maintenant ou voulez-vous que je vous réfère à un établissement de santé ?  <b>ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.312C ET SIGNER.</b></p>				
312C	<b>LIRE LE CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS À LA FEMME ADULTE 18-49 ANS OU À L'HOMME ADULTE 18-59 ANS OU AU JEUNE</b>	OUI, À LA MAISON MAINTENANT... 1 OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3 _____ (SIGNER) SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LETTRE À L'ENQUÊTÉ(E) ET PASSER À 328	OUI, À LA MAISON MAINTENANT... 1 OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3 _____ (SIGNER) SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LETTRE À L'ENQUÊTÉ(E) ET PASSER À 328	OUI, À LA MAISON MAINTENANT... 1 OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3 _____ (SIGNER) SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LETTRE À L'ENQUÊTÉ(E) ET PASSER À 328	OUI, À LA MAISON MAINTENANT... 1 OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3 _____ (SIGNER) SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LETTRE À L'ENQUÊTÉ(E) ET PASSER À 328
<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ</b>					
312D	<b>POUR LES JEUNES DE 15-17 ANS: DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'INJECTION DE LA PÉNICILLINE</b>				
	<p>Pour la plupart des gens, le traitement de la syphilis est une injection de pénicilline. Je voudrais faire une injection de pénicilline a [JEUNE]. [JEUNE] aura besoin d'une seule injection. Toutefois, si vous préférez, je peux donner des comprimés d'antibiotiques.</p>				
312E	<b>Pus-je faire l'injection de pénicilline maintenant ou préférez-vous les comprimés?</b>	OUI, INJECTION 1 _____ (SIGNER) NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS 2 (PASSER À 312H) ←	OUI, INJECTION 1 _____ (SIGNER) NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS 2 (PASSER À 312H) ←	OUI, INJECTION 1 _____ (SIGNER) NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS 2 (PASSER À 312H) ←	OUI, INJECTION 1 _____ (SIGNER) NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS 2 (PASSER À 312H) ←
<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ</b>					
312F	<b>DEMANDER LE CONSENTEMENT POUR L'INJECTION DE LA PÉNICILLINE À L'ADULTE/AU JEUNE [DE 15-17 ANS]</b>				
	<p>Pour la plupart des gens, le traitement de la syphilis est une injection de pénicilline. Je voudrais vous faire une injection de la pénicilline. Vous aurez besoin d'une seule injection. Toutefois, si vous le voulez, je peux vous donner des comprimés d'antibiotiques.</p>				
312G	<b>Pus-je vous faire l'injection de la pénicilline maintenant ou préférez-vous les comprimés?</b>	OUI, INJECTION 1 _____ (SIGNER) (PASSER À 313A) ← NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS 2	OUI, INJECTION 1 _____ (SIGNER) (PASSER À 313A) ← NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS 2	OUI, INJECTION 1 _____ (SIGNER) (PASSER À 313A) ← NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS 2	OUI, INJECTION 1 _____ (SIGNER) (PASSER À 313A) ← NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS 2
312H	<b>SEXE</b>	HOMME ..... 1 (PASSER À 312J) ← FEMME ..... 2	HOMME ..... 1 (PASSER À 312J) ← FEMME ..... 2	HOMME ..... 1 (PASSER À 312J) ← FEMME ..... 2	HOMME ..... 1 (PASSER À 312J) ← FEMME ..... 2
312I	<b>Êtes-vous enceinte en ce moment?</b>	OUI/PAS SURE ..... 1 (PASSER À 312K) ← NON ..... 2	OUI/PAS SURE ..... 1 (PASSER À 312K) ← NON ..... 2	OUI/PAS SURE ..... 1 (PASSER À 312K) ← NON ..... 2	OUI/PAS SURE ..... 1 (PASSER À 312K) ← NON ..... 2
312J	<b>DONNER LES COMPRIMÉS DE CIPROFLOXACINE OU DE DOXYCYCLINE ET MONTRER COMMENT LE PRENDRE</b> → <b>312L</b>				
312K	<b>DONNER LES COMPRIMÉS DE CIPROFLOXACINE ET MONTRER COMMENT LE PRENDRE.</b>				

		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
312L	Il est possible que vous fassiez de la fièvre accompagnée de maux de tête et de douleurs musculaires au cours des premières 24 heures après le traitement. Ceci est une réponse normale au traitement. Si vous le voulez, vous pouvez prendre de l'aspirine ou du panadole au cas où vous aurez ces symptômes. → 328				
313A	<p><b>INFORMER LE PARENT OU L'ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE DE 15-17 ANS DES POSSIBILITÉS DE RÉACTIONS À LA PÉNICILLINE ET POSER DES QUESTIONS SUR D'ÉVENTUELLES RÉACTIONS ANTÉRIEURES SURVENUES SUITE À UNE INJECTION DE PÉNICILLINE.</b></p> <p>Pour la plupart des gens, le traitement de la syphilis est une injection à la pénicilline. Dans de rares cas, une personne peut être allergique à l'injection à la pénicilline, c'est-à-dire présenter des démangeaisons rougeâtres cutanées, gonflement des lèvres, de la bouche ou du visage. Il peut arriver également, mais très rarement que la personne peut avoir le souffle court ou même perdre connaissance.</p> <p>Si vous n'avez jamais eu ces réactions, il est très peu probable que vous en ayez aujourd'hui. Toutefois, juste pour m'en assurer, je vais vous poser quelques questions sur les expériences passées de [JEUNE 15-17] avec la pénicilline avant que je donne le traitement à [JEUNE 15-17]. Après l'injection de pénicilline, [JEUNE] devra rester en présence d'autres personnes pendant au moins deux heures, au cas où il y'aurait une réaction. Je resterais moi-même dans les environs pendant au moins deux heures après l'injection et vous pouvez me contacter immédiatement ou contacter n'importe qui de notre équipe travaillant dans votre localité pour toute réaction allergique qui se manifeste à la suite de l'injection de pénicilline.</p>				
314	À votre connaissance, [JEUNE] a-t-il/elle déjà reçu une injection de pénicilline ?	OUI ..... 1 NON/NSP ..... 2 (PASSER À 316) ←	OUI ..... 1 NON/NSP ..... 2 (PASSER À 316) ←	OUI ..... 1 NON/NSP ..... 2 (PASSER À 316) ←	OUI ..... 1 NON/NSP ..... 2 (PASSER À 316) ←
315	[JEUNE] a-t-il/elle eu des réactions à la suite de ces injections de pénicilline ?	OUI ..... 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP ..... 2
316	[JEUNE] a-t-il/elle déjà reçu n'importe quelle autre injection ?	OUI ..... 1 NON/NSP ..... 2 (PASSER À 317A) ←	OUI ..... 1 NON/NSP ..... 2 (PASSER À 317A) ←	OUI ..... 1 NON/NSP ..... 2 (PASSER À 317A) ←	OUI ..... 1 NON/NSP ..... 2 (PASSER À 317A) ←
317	[JEUNE] a-t-il/elle eu des réactions à la suite de ces autres injections ?	OUI ..... 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP ..... 2
<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ</b>					
317A	<p><b>INFORMER L'ADULTE/JEUNE DES POSSIBILITÉS DE RÉACTIONS À LA PÉNICILLINE ET POSER DES QUESTIONS SUR D'ÉVENTUELLES RÉACTIONS ANTÉRIEURES SURVENUES SUITE À UNE INJECTION DE PÉNICILLINE.</b></p> <p>Pour la plupart des gens, le traitement est une injection à la pénicilline. Dans de rares cas, une personne peut être allergique à l'injection à la pénicilline, c'est-à-dire présenter des démangeaisons rougeâtres cutanées, gonflement des lèvres, de la bouche ou du visage. Il peut arriver également, mais très rarement que la personne peut avoir le souffle court ou même perdre connaissance.</p> <p>Si vous n'avez jamais eu aucune de ces réactions, il est très peu probable que vous l'avez aujourd'hui. Toutefois, juste pour me rassurer, je vais vous poser un certain nombre de questions sur vos expériences passées avec la pénicilline avant que je vous donne le traitement.</p> <p>Après l'injection de pénicilline, vous devrez rester en présence d'autres personnes pendant au moins deux heures, au cas où il y'aurait une réaction. Je resterais moi-même dans les environs pendant au moins deux heures après l'injection et vous pouvez me contacter immédiatement ou contacter n'importe qui de notre équipe travaillant dans votre localité pour toute réaction allergique qui se manifeste à la suite de l'injection de pénicilline.</p>				
317B	À votre connaissance, avez-vous déjà reçu une injection de la pénicilline ?	OUI ..... 1 NON/NSP ..... 2 (PASSER À 317D) ←	OUI ..... 1 NON/NSP ..... 2 (PASSER À 317D) ←	OUI ..... 1 NON/NSP ..... 2 (PASSER À 317D) ←	OUI ..... 1 NON/NSP ..... 2 (PASSER À 317D) ←
317C	Avez-vous eu des réactions à la suite de ces injections de la pénicilline ?	OUI ..... 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP ..... 2
317D	Avez-vous déjà reçu n'importe quelle autre injection ?	OUI ..... 1 NON/NSP ..... 2 (PASSER À 320) ←	OUI ..... 1 NON/NSP ..... 2 (PASSER À 320) ←	OUI ..... 1 NON/NSP ..... 2 (PASSER À 320) ←	OUI ..... 1 NON/NSP ..... 2 (PASSER À 320) ←

		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
317E	Avez-vous eu des réactions à ces autres injections ?	OUI ..... 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP ..... 2
320	<b>FAIRE L'INJECTION DE LA PÉNICILLINE.</b> Il est très rare que vous ayez une réaction à la pénicilline. Cependant, si vous ressentez certains des symptômes d'une réaction à la pénicilline, qui sont des démangeaisons rougeâtres de la peau, du gonflement du visage, de la bouche, de la langue ou des difficultés de respirer, vous devez immédiatement me contacter ou contacter n'importe quel membre de notre équipe travaillant dans votre localité, ou aussi vous pouvez vous rendre immédiatement dans un centre de santé.				→ 328
<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ</b>					
322A	<b>DEMANDER LE CONSENTEMENT POUR LES COMPRIMÉS D'ANTIBIOTIQUES DE L'ADULTE /DU JEUNE [DE 15-17 ANS]</b> Comme il est possible que vous ayez une réaction à l'injection de pénicilline, je voudrais vous donner des comprimés d'antibiotiques, si vous l'acceptez. Mais si cela ne vous convient pas, je peux vous donner une lettre pour vous référer au centre de santé le plus proche pour recevoir un traitement.				
322B	Souhaitez-vous recevoir les comprimés ou préférez-vous être référé au centre de santé ?	OUI, COMPRIMES 1 _____ (SIGNER)  NON PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2  NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3  _____ (SIGNER)  SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LA LETTRE ET PASSER À 328	OUI, COMPRIMES 1 _____ (SIGNER)  NON PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2  NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3  _____ (SIGNER)  SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LA LETTRE ET PASSER À 328	OUI, COMPRIMES 1 _____ (SIGNER)  NON PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2  NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3  _____ (SIGNER)  SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LA LETTRE ET PASSER À 328	OUI, COMPRIMES 1 _____ (SIGNER)  NON PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2  NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3  _____ (SIGNER)  SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LA LETTRE ET PASSER À 328
323	SEXE	HOMME 1 (PASSER À 325) ← FEMME 2	HOMME 1 (PASSER À 325) ← FEMME 2	HOMME 1 (PASSER À 325) ← FEMME 2	HOMME 1 (PASSER À 325) ← FEMME 2
324	Êtes-vous enceinte en ce moment?	OUI/PAS SURE. . . . 1 (PASSER À 326) ← NON..... 2	OUI/PAS SURE. . . . 1 (PASSER À 326) ← NON..... 2	OUI/PAS SURE. . . . 1 (PASSER À 326) ← NON..... 2	OUI/PAS SURE. . . . 1 (PASSER À 326) ← NON..... 2
325	<b>DONNER LES COMPRIMÉS DE CIPROFLOXACINE OU DE DOXYCYCLINE ET MONTRER COMMENT LE PRENDRE</b>				→ <b>327</b>
326	<b>DONNER LES COMPRIMÉS DE CIPROFLOXACINE ET MONTRER COMMENT LE PRENDRE.</b>				
327	Il est possible que vous fassiez de la fièvre accompagnée de maux de tête et de douleurs musculaires au cours des premières 24 heures après le traitement. Ceci est une réponse normale au traitement. Si vous le voulez, vous pouvez prendre de l'aspirine ou du panadol au cas où vous aurez ces symptômes.				

		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ</b>					
<b>DEMANDER LE CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DU/DE LA PARTENAIRE CONTRE LA SYPHILIS</b>					
328	Il est possible que votre ou vos partenaires sexuels soient aussi infecté(s) par la syphilis. Par conséquent, il est très important de traiter votre (vos) partenaire(s) aujourd'hui.				
329	Souhaitez-vous informer votre partenaire pour que je puisse lui fournir un traitement immédiat ?	OUI. .... 1 (PASSER À 331) ←	OUI. .... 1 (PASSER À 331) ←	OUI. .... 1 (PASSER À 331) ←	OUI. .... 1 (PASSER À 331) ←
		NON. .... 2	NON. .... 2	NON. .... 2	NON. .... 2
		SI 'NON' LAISSER UNE LETTRE DE REFERENCE POUR LE PARTENAIRE ET PASSER À 332	SI 'NON' LAISSER UNE LETTRE DE REFERENCE POUR LE PARTENAIRE ET PASSER À 332	SI 'NON' LAISSER UNE LETTRE DE REFERENCE POUR LE PARTENAIRE ET PASSER À 332	SI 'NON' LAISSER UNE LETTRE DE REFERENCE POUR LE PARTENAIRE ET PASSER À 332
331	<b>TRAITER LE PARTENAIRE SELON LE PROTOCOLE AUX QUESTIONS 311A-327</b>				
332	<b>RETOURNER À 201 (POIDS/TAILLE/TEST D'ANÉMIE) POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT. SI PLUS D'ENQUÊTÉ, FIN QBiOM</b>				

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LES TESTS  
(SI LE QUESTIONNAIRE N'A PAS ÉTÉ REMPLI, EXPLIQUER)

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DE L'INFIRMIÈRE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

OBSERVATIONS DU TECHNICIEN DE LABORATOIRE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VÉRIFICATION DU QUESTIONNAIRE

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU TECHNICIEN DE LABORATOIRE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VÉRIFICATION DU QUESTIONNAIRE

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_