

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ CONTINUE (EDS-CONTINUE 2012-2013)
QUESTIONNAIRE MÉNAGE

ICF International

République du Sénégal

Ministère de l'Economie et des Finances

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

IDENTIFICATION

NOM DE LA LOCALITÉ _____

NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ NUMÉRO DU MÉNAGE _____

NUMÉRO DE CONCESSION

NUMÉRO DE GRAPPE

RÉGION

URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)

DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL
(DAKAR=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4)

MÉNAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONCES.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRAPPE....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RÉGION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MILIEU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MILIEU (DÉTAILLÉ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VISITES D'ENQUETRICES

	1	2	3	VISITE FINALE				
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
NOM DE L'ENQUETRICE	_____	_____	_____	MOIS <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
RESULTAT*	_____	_____	_____	ANNEE.... 2 0 1 <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>				
*CODES RESULTATS : 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MENAGE A LA MAISON OU PAS D'ENQUETE COMPETENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MENAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PERIODE 4 DIFFERE 5 REFUSE 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT A L'ADRESSE 7 LOGEMENT DETRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVE 9 AUTRE _____ (PRECISER)				TOTAL DANS LE MENAGE <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> TOTAL FEMMES ELIGIBLES <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> N° LIGNE ENQUETE POUR QUESTION. MENAGE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

CHEF D'EQUIPE

NOM _____

DATE _____

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle _____. Je travaille pour l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie en collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé au Sénégal. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage. Les questions prennent habituellement entre 15 et 20 minutes. 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, dîtes-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 ACCEPTE DE RÉPONDRE 1 L'ENQUÊTÉ REFUSE DE RÉPONDRE 2 → FIN



TABLEAU MÉNAGE

							SI 15 ANS OU PLUS		
N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXЕ	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉTAT MATRIMONIAL	ÉLIGIBILITÉ	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	11
	<p>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.</p> <p>APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A, 2B, 2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.</p> <p>POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.</p>	<p>Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?</p> <p>VOIR CODES CI-DESSOUS</p>	(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) ?	ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0 - 5 ANS
01		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	M 1 F 2	O 1 N 2	O 1 N 2	EN ANNÉES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	01	01
02		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	02	02
03		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03	03
04		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	04	04
05		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05	05
06		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	06	06
07		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	07	07
08		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08	08
09		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	09	09
10		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	10

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

01 = CHEF DE MÉNAGE
02 = MARI OU FEMME

07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE
08 = FRÈRE OU SOEUR

03 = FILS OU FILLE
04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE
06 = PÈRE OU MÈRE

09=CO-EPOUSE
10 = AUTRES PARENTS
11 = ENFANTS ADOPTE/S/EN GARDE/ENF DU CONJOINT
98 = NE SAIT PAS

N° LIGNE	SI AGE DE 0-17 ANS				SI AGE DE 5 ANS OU PLUS		SI ÂGE DE 5-24 ANS				SI ÂGE moins 5 ANS (0-59mois)
	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE OU RÉCENTE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ANNÉE PRÉCEDENTE		DÉCLARATION DE NAISSANCE
	12	13	14	15	16	17	18	19	19A	19B	20
	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ? SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE. SI NON, INSCRIVEZ '00'.	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 DU PÈRE. SI NON, INSCRIVEZ '00'.	Le père biologique de (NOM) vit-il en vie ? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE. SI NON, INSCRIVEZ '00'.	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'.	(NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ? VOIR CODES CI-DESSOUS Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ? VOIR CODES CI-DESSOUS	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 (2011-2012) ? (2)	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ? VOIR CODES CI-DESSOUS	Au cours de l'année scolaire précédente, (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment ?	Durant l'année scolaire précédente, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM) ?	(NOM) a-t-il/elle un certificat de naissance ? SI NON, INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été déclarée à l'état civil ? 1 = A UN CERTIFICAT 2 = DÉCLARÉE 3 = NI L'UN, NI L'AUTRE 8 = NE SAIT PAS
01	O N NSP 1 2 — 8 ALLEZ À 14		O N NSP 1 2 — 8 ALLEZ À 16		O N 1 2 ↓ 20G	NIVEAU CLASSE 	O N 1 2 ↓ 19A	NIVEAU CLASSE 	O N 1 2 ↓ 20G	NIVEAU CLASSE 	
02	1 2 — 8 ALLEZ À 14		1 2 — 8 ALLEZ À 16		1 2 ↓ 20G		1 2 ↓ 19A		1 2 ↓ 20G		
03	1 2 — 8 ALLEZ À 14		1 2 — 8 ALLEZ À 16		1 2 ↓ 20G		1 2 ↓ 19A		1 2 ↓ 20G		
04	1 2 — 8 ALLEZ À 14		1 2 — 8 ALLEZ À 16		1 2 ↓ 20G		1 2 ↓ 19A		1 2 ↓ 20G		
05	1 2 — 8 ALLEZ À 14		1 2 — 8 ALLEZ À 16		1 2 ↓ 20G		1 2 ↓ 19A		1 2 ↓ 20G		
06	1 2 — 8 ALLEZ À 14		1 2 — 8 ALLEZ À 16		1 2 ↓ 20G		1 2 ↓ 19A		1 2 ↓ 20G		
07	1 2 — 8 ALLEZ À 14		1 2 — 8 ALLEZ À 16		1 2 ↓ 20G		1 2 ↓ 19A		1 2 ↓ 20G		
08	1 2 — 8 ALLEZ À 14		1 2 — 8 ALLEZ À 16		1 2 ↓ 20G		1 2 ↓ 19A		1 2 ↓ 20G		
09	1 2 — 8 ALLEZ À 14		1 2 — 8 ALLEZ À 16		1 2 ↓ 20G		1 2 ↓ 19A		1 2 ↓ 20G		
10	1 2 — 8 ALLEZ À 14		1 2 — 8 ALLEZ À 16		1 2 ↓ 20G		1 2 ↓ 19A		1 2 ↓ 20G		
CODES POUR Qs. 17 ET 19: NIVEAU D'INSTRUCTION											
NIVEAU						CLASSE					
1 = ELEMENTAIRE 2 = MOYEN 2 = SECONDAIRE 3 = SUPERIEUR 6 = PRESCOLAIRE 8 = NE SAIT PAS						00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHEVÉE (UTILISEZ '00' POUR Q. 17 SEULEMENT. CE CODE N'EST PAS AUTORISÉ À Q. 19). 98 =NE SAIT PAS					

							SI 15 ANS OU PLUS		
N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXЕ	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉTAT MATRIMONIAL	ÉLIGIBILITÉ	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	11
	<p>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.</p> <p>APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A, 2B, 2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.</p> <p>POSEZ ensuite les QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.</p>	<p>Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ? VOIR CODES CI-DESSOUS</p>	(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 TOUS LES ENFANTS DE 0 - 5 ANS
11		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11	11	
12		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12	12	
13		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13	13	
14		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14	14	
15		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15	15	
16		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16	16	
17		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	17	17	
18		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	18	18	
19		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	19	19	
20		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	20	20	

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) Y a-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 MENAGE

- 01 = CHEF DE MÉNAGE 08 = FRÈRE OU SOEUR
- 02 = FEMME OU MARI 09 = AUTRE PARENT
- 03 = FILS OU FILLE 10 = ADOPTÉ/EN GARDE/ENFANT DE LA FEMME/MARI
- 04 = GENDRE/BELLE-FILLE
- 05 = PETIT-FILS/FILLE 11 = SANS PARENTÉ
- 06 = PÈRE/MÈRE 98 = NE SAIT PAS
- 07 = BEAUX-PARENTS

	SI AGE DE 0-17 ANS				SI AGE DE 5 ANS OU PLUS		SI AGE DE 5-24 ANS				SI AGE moins 5 ANS (0-5mois)
N° LIGNE	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE OU RÉCENTE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ANNÉE PRÉCEDENTE		DÉCLARATION DE NAISSANCE
	12	13	14	15	16	17	18	19	19A	19B	20
	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ? SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE. SI NON, INSCRIVEZ '00'.	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 DU PÈRE. SI NON, INSCRIVEZ '00'.	Le père biologique de (NOM) vit-il en vie ? SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE. SI NON, INSCRIVEZ '00'.	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'.	(NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ? SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE. SI NON, INSCRIVEZ '00'.	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 (2011-2012) ? (2) VOIR CODES CI-DESSOUS	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ? VOIR CODES CI-DESSOUS	Au cours de l'année scolaire précédente, (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment ?	Durant l'année scolaire précédente, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM) ?	(NOM) a-t-il/elle un certificat de naissance ? SI NON, INSISTEZ : La naissance de (NOM) a-t-elle été déclarée à l'état civil ? 1 = A UN CERTIFICAT 2 = DÉCLARÉE 3 = NI L'UN, NI L'AUTRE 8 = NE SAIT PAS
11	0 N NSP 1 2 — 8 ALLEZ À 14		O N NSP 1 2 — 8 ALLEZ À 16		O N 1 2 ↓ 20G	NIVEAU CLASSE 	0 N 1 2 ↓ 19A	NIVEAU CLASSE 	O N 1 2 ↓ 20G	NIVEAU CLASSE 	
12	1 2 — 8 ALLEZ À 14		1 2 — 8 ALLEZ À 16		1 2 ↓ 20G		1 2 ↓ 19A		1 2 ↓ 20G		
13	1 2 — 8 ALLEZ À 14		1 2 — 8 ALLEZ À 16		1 2 ↓ 20G		1 2 ↓ 19A		1 2 ↓ 20G		
14	1 2 — 8 ALLEZ À 14		1 2 — 8 ALLEZ À 16		1 2 ↓ 20G		1 2 ↓ 19A		1 2 ↓ 20G		
15	1 2 — 8 ALLEZ À 14		1 2 — 8 ALLEZ À 16		1 2 ↓ 20G		1 2 ↓ 19A		1 2 ↓ 20G		
16	1 2 — 8 ALLEZ À 14		1 2 — 8 ALLEZ À 16		1 2 ↓ 20G		1 2 ↓ 19A		1 2 ↓ 20G		
17	1 2 — 8 ALLEZ À 14		1 2 — 8 ALLEZ À 16		1 2 ↓ 20G		1 2 ↓ 19A		1 2 ↓ 20G		
18	1 2 — 8 ALLEZ À 14		1 2 — 8 ALLEZ À 16		1 2 ↓ 20G		1 2 ↓ 19A		1 2 ↓ 20G		
19	1 2 — 8 ALLEZ À 14		1 2 — 8 ALLEZ À 16		1 2 ↓ 20G		1 2 ↓ 19A		1 2 ↓ 20G		
20	1 2 — 8 ALLEZ À 14		1 2 — 8 ALLEZ À 16		1 2 ↓ 20G		1 2 ↓ 19A		1 2 ↓ 20G		

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

NIVEAU

1 = ELEMENTAIRE 00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHEVÉE

2 = MOYEN (UTILISEZ '00' POUR Q. 17)

3 = SECONDAIRE SEULEMENT. CE CODE N'EST

4 = SUPÉRIEUR PAS AUTORISÉ À Q. 19).

6 = PRESCOLAIRE 98 = NE SAIT PAS

CLASSE

8 = NE SAIT PAS

NT

N° LIGNE	PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ENFANTS DE 3 - 5 ANS			TRAVAIL DES ENFANTS DE 5 - 17 ANS					
	Au cours de cette année scolaire, (NOM) fréquente t-il/elle un lieu d'encadrement en dehors de la maison tel qu'une école maternelle, une Case des Tout Petits, un centre communautaire, ou autre ?	Quel établissement (NOM) fréquente-t-il/elle? 01= ECOLE MATERNELLE 02= JARDIN D'ENFANT 03= CASE DE TP 04= ECOLE ELEMENTAIRE 05= DAARA, CORAN, ARABE 06= CENTRE COMMUNAUTAIRE 96= AUTRE	Depuis combien d'années ? 1= ANNÉE EN COURS 2= ANNÉE DERNIÈRE 3= ANNÉE D'AVANT 7= AUTRE	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur tous les types de travail que les enfants vivant dans votre ménage ont fait la semaine dernière.					
	INSCRIRE LE CODE APPROPRIÉ	INSCRIRE LE CODE APPROPRIÉ		Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE), (NOM) avait-il/elle fait un travail quel- conque pour quelqu'un qui n'est pas un membre de ce ménage ? SI OUI: Devait-il/elle être payé/e ? 1: OUI, PAYE (argent,nature) 2: OUI, PAS PAYE 3: AUCUN TRAVAIL	SI OUI: Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, environ combien d'heures a-t-il/elle travaillé pour quelqu'un qui n'est pas membre du ménage ? SI PLUS D'UN TRAVAIL, FAIRE LA SOMME DE TOUTES LES HEURES.	Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) (NOM) avait-il/elle aidé aux travaux de ce ménage ? Par exemple: faire des courses, faire la cuisine, nettoyer, chercher de l'eau, garder les enfants, laver les vêtements....?	SI OUI: Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, environ combien d'heures a-t-il/elle passé à faire ces travaux ménagers ? SI PLUS D'UN TRAVAIL, FAIRE LA SOMME DE TOUTES LES HEURES.	Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) (NOM) avait-il/elle fait des/d'autres travaux pour la famille (dans une ferme, un com- merce, dans les affaires, ...) ?	Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) (NOM) avait-il/elle fait des/d'autres travaux pour la famille (dans une ferme, un com- merce, dans les affaires, ...) ?
	(20D)	(20E)	(20F)	(20G)	(20H)	(20I)	(20J)	(20K)	(20L)
01	O N NSP 1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI PAYE 1 PAS P. 2 3 ALLER ↲ À 20I	NBRE D'HEURES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2 ALLER ↲ À 20K	NBRE D'HEURES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	NBRE D'HEURES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
02	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
03	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
04	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
05	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
07	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
08	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
09	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20	1 2 8 ↳ ALLER ↲ À 20G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 ALLER ↲ À 20I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ALLER ↲ À 20K	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 ↳ LIGNE ↲ SUIVANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE			
N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
101A	Quel est le statut d'occupation du logement de votre ménage ?	PROPRIÉTAIRE 01 COPROPRIÉTAIRE 02 LOCATAIRE-ACHETEUR 03 LOCATAIRE SIMPLE 04 COLOCATAIRE 05 SOUS-LOCATAIRE 06 LOGÉ PAR L'EMPLOYEUR 07 LOGÉ GRATUITEMENT PAR UN PARENT OU AMI 08	
102	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LOGEMENT 11 ROBINET DANS COUR/PARCELLE 12 ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE 13 PUITS À POMPE OU FORAGE 21 PUITS CREUSÉ PUITS PROTÉGÉ 31 PUITS NON PROTÉGÉ 32 EAU DE SOURCE SOURCE PROTÉGÉE 41 SOURCE NON PROTÉGÉE 42 EAU DE PLUIE 51 CAMION CITERNE 61 CHARrette AVEC PETITE CITERNE/ TONNEAU 71 EAU DE SURFACE (RIVIÈRES/BARRAGES/ LACS/MARES/FLEUVES/CANAUX D'IRRIGATION 81 EAU EN BOUTEILLE/ SACHET INDUSTRIALISE 91 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	<input type="checkbox"/> → 105
103	Où est située cette source d'approvisionnement de l'eau ?	DANS VOTRE LOGEMENT 1 DANS VOTRE COUR/PARCELLE 2 AILLEURS 3	<input type="checkbox"/> → 105
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	
104A	Qui se rend habituellement à cette source d'approvisionnement pour prendre l'eau pour votre ménage ?	FEMME ADULTE (15 ANS OU PLUS) 1 HOMME ADULTE (15 ANS OU PLUS) 2 JEUNE FILLE (MOINS DE 15 ANS) 3 JEUNE GARÇON (MOINS DE 15 ANS) 4 NSP 8	
105	Faites-vous quelque chose pour rendre l'eau plus saine à boire ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 107
106	Habituellement, que faites-vous pour rendre l'eau que vous buvez plus saine ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	LA FAIRE BOUILLIR A AJOUTER EAU DE JAVEL/CHLORE B LA FILTRER À TRAVERS UN LINGE C UTILISER UN FILTRE (CÉRAMIQUE/ SABLE/COMPOSITE/ ETC.) D DÉSINFECTION SOLAIRE E LA LAISSER REPOSER F AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
107	Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement ?	TOILETTE AVEC CHASSE CHASSE BRANCHÉE À L'ÉGOÛT 11 CHASSE BRANCHÉE À FOSSE 12 FOSSE/LATRINES AMÉLIORÉES/VENTILEES 21 LATRINES A CHASSE MANUELLE 22 TOILETTE AVEC FOSSE SANS CHASSE 23 AUTRES SYSTÈMES AMÉLIORÉS 24 LATRINES TRADITIONNELLES 25 PAS DE TOILETTES /NATURE 31 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 110
108	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?	OUI 1 NON 2	→ 110
109	Combien de ménages utilisent ces toilettes ?	N°. DE MÉNAGES SI MOINS DE 10 0 10 MÉNAGES OU PLUS 95 NE SAIT PAS 98	
110	Dans votre ménage, y-a-t-il : L'électricité ? Une radio ? Une télévision ? Une antenne MMDS/TV5 ? Un abonnement à CANAL ? Un téléphone fixe ? Un téléphone cellulaire ? Une machine à laver ? Un réfrigérateur ? Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ? Un foyer amélioré ? Un Vidéo/Lecteur CD/DVD ? Un climatiseur ? Un ordinateur ? Internet à la maison ?	OUI NON ÉLECTRICITÉ 1 2 RADIO 1 2 TÉLÉVISION 1 2 ANTENNE TV5 1 2 CANAL 1 2 TÉLÉPHONE 1 2 TÉLÉP-CEL 1 2 MACHINE À LAVER 1 2 RÉFRIGÉRATEUR 1 2 RÉCHAUD/CUISINIÈRE 1 2 FOYER AMÉLIORÉ 1 2 VIDÉO/CD/DVD 1 2 CLIMATISEUR 1 2 ORDINATEUR 1 2 INTERNET 1 2	
111	Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour cuisiner ?	ÉLECTRICITÉ 1 GAZ EN BOUTEILLE 2 CHARBON DE BOIS 3 BOIS À BRÛLER, PAILLE 4 BOUSE 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
111A	Quelle source d'éclairage votre ménage utilise-t-il principalement?	ELECTRICITE (SENELEC) 01 GROUPE ELECTROGENE 02 SOLAIRE 03 LAMPE TORCHE 04 LAMPE A GAZ 05 LAMPE TEMPETE 06 LAMPE A PETROLE ARTISANALE 07 BOUGIE 08 BOIS 09 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
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 MATÉRIAUX DU SOL ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAUX NATURELS TERRE/SABLE 11 BOUSE 12 MATÉRIAUX RUDIMENTAIRES PLANCHES EN BOIS 21 PALMES/BAMBOU 22 MATÉRIAUX ÉLABORÉS PARQUET OU BOIS CIRÉ 31 BANDES DE VINYLE/ASPHALTE 32 CARRELAGE 33 CIMENT 34 MOQUETTE 35 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																								
115	PRINCIPAL MATÉRIAUX DU TOIT ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	<p>MATÉRIAUX NATUREL</p> <p>PAS DE TOIT 11 CHAUME/PALMES/FEUILLES 12 MOTTES DE TERRE 13</p> <p>MATÉRIAUX RUDIMENTAIRES</p> <p>NATTES 21 PALMES/BAMBOU 22 PLANCHES EN BOIS 23 CARTON 24</p> <p>MATÉRIAUX ÉLABORÉS</p> <p>TÔLE 31 BOIS 32 ZINC/FIBRE DE CIMENT 33 TUILES 34 CIMENT 35 SHINGLES 36</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>																									
116	PRINCIPAL MATÉRIAUX DES MURS EXTÉRIEURS ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	<p>MATÉRIAUX NATUREL</p> <p>PAS DE MUR 11 BAMBOU/CANE/PALME/TRONC 12 TERRE 13</p> <p>MATÉRIAUX RUDIMENTAIRES</p> <p>BAMBOU AVEC BOUE 21 PIERRES AVEC BOUE 22 ADOBE NON RECOUVERT 23 CONTRE-PLAQUÉ 24 CARTON 25 BOIS DE RÉCUPÉRATION 26</p> <p>MATÉRIAUX ÉLABORÉS</p> <p>CIMENT 31 PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT 32 BRIQUES 33 BLOCS DE CIMENT 34 ADOBE RECOUVERT 35 PLANCHE EN BOIS/SHINGLES 36</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>																									
117	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																									
118	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède : Bicyclette ? Mobylette ou motocyclette ou Scooter ? Une voiture personnelle ? Voiture ou Camion à titre commercial ? Charrette ? Charrue ? Pirogue/Filet de pêche ?	<table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td> </td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>BICYCLETTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE PERSONNELLE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE/CAMION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CHARRETTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CHARRUE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PIROGUE(FILET</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	BICYCLETTE	1	2	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE	1	2	VOITURE PERSONNELLE	1	2	VOITURE/CAMION	1	2	CHARRETTE	1	2	CHARRUE	1	2	PIROGUE(FILET	1	2	
	OUI	NON																									
BICYCLETTE	1	2																									
MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE	1	2																									
VOITURE PERSONNELLE	1	2																									
VOITURE/CAMION	1	2																									
CHARRETTE	1	2																									
CHARRUE	1	2																									
PIROGUE(FILET	1	2																									

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
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, ENCRECLEZ '950'. NE SAIT PAS	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 laitières ou taureaux ? Des chameaux ? Chevaux, ânes ou mules ? Chèvres ? Moutons ? Porcs? Volaille?	VACHES/TAUREAUX <input type="text"/> <input type="text"/> CHAMEAUX <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"/> VOLAILLES <input type="text"/> <input type="text"/>	
123	Est-ce qu'un membre de votre ménage a un compte en banque ou dans une autre institution financière (mutuelles d'épargne et de dépense et de crédit, caisse d'épargne...)?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
123A	Est-ce qu'un membre de votre ménage participe à une tontine?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
123B	Est-ce qu'il arrive que quelqu'un fume dans votre maison ? Diriez-vous que cela arrive tous les jours, une fois par semaine, une fois par mois, moins d'un mois ou jamais ?	TOUS LES JOURS 1 UNE FOIS PAR SEMAINE 2 UNE FOIS PAR MOIS 3 MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS 4 JAMAIS 5	
124	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours des 12 derniers mois, quelqu'un est venu dans votre logement pour pulvériser les murs intérieurs contre les moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	125A
125	Qui a pulvérisé les murs du logement ?	EMPLOYÉ/PROGRAMME GOUVERNEMENT A SOCIÉTÉ PRIVÉE B ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE (ONG) C AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Y	
125A	Les fenêtres des pièces à usage d'habitation sont-elles dotées de grillages pour empêcher aux moustiques d'entrer ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
125B	Les portes des pièces à usage d'habitation sont-elles dotées de grillages ou rideaux pour empêcher aux moustiques d'entrer ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
126	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI 1 NON 2	127D
127	Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il ? SI 25 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, ENREGISTREZ '25'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES	→
127A	Utilisez-vous les moustiquaires en dehors des chambres: par exemple dans la cour, sous les arbres ?	OUI 1 NON 2	
127B	Les membres de votre ménage dorment-ils sous une moustiquaire de façon continue toute l'année ?	OUI 1 NON 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	128
127C	Pourquoi les membres de votre ménage ne dorment-ils pas sous une moustiquaire de façon continue toute l'année ?	PAS BEAUCOUP DE MOUSTIQUES 1 À CAUSE DE LA CHALEUR 2 N'AIME PAS 3 PAR OUBLI/NÉGLIGENCE 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	→128
127D	Pourquoi n'y a t-il pas de moustiquaires qui peuvent être utilisées dans votre ménage?	FAUTE DE MOYENS A PAS NÉCESSAIRE B UTILISE AUTRE CHOSE C N'ONT PAS DE MOUSTIQUES D N'AIMENT PAS E AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Y	→136A

128	DEMANDER À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES. POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE. SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.	MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3																																																												
		VU 1 NON VU 2	VU 1 NON VU 2	VU 1 NON VU 2																																																												
129	Depuis combien de temps votre ménage possède-t-il la moustiquaire ? SI MOINS DE 1 MOIS, ENREGISTRER 00 ENTRER LE NOMBRE DE MOIS.	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 37 MOIS OU PLUS 95 NSP/PAS SÛR 98			MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 37 MOIS OU PLUS 95 NSP/PAS SÛR 98			MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 37 MOIS OU PLUS 95 NSP/PAS SÛR 98																																																								
130	OBSERVER OU DEMANDER LA MARQUE DE LA MOUSTIQUAIRE (1)	<p>MOUSTIQUAIRE DE LONGUE DURÉE (MILDA) :</p> <table> <tr><td>PERMANET</td><td>11 ↲</td></tr> <tr><td>OLYSET-NET</td><td>12 ↲</td></tr> <tr><td>DAWA PLUS</td><td>13 ↲</td></tr> <tr><td>ICONLIFE</td><td>14 ↲</td></tr> <tr><td>INTERCEPTOR</td><td>15 ↲</td></tr> <tr><td>AUTRE</td><td>16 ↲</td></tr> </table> <hr/> <p>(PRECISER) (PASSER À 134) ↲</p> <p>AUTRE MOUST. TRAITÉE</p> <table> <tr><td>K-ONET</td><td>21 ↲</td></tr> <tr><td>NETTO</td><td>22 ↲</td></tr> <tr><td>SENTINELLE</td><td>23 ↲</td></tr> <tr><td>AUTRE</td><td>26 ↲</td></tr> </table> <hr/> <p>(PRECISER) (PASSER À 132) ↲</p> <p>CONFECTONNÉ PAR UN TAILLEUR 30 AUTRE 31</p> <hr/> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP/PAS SÛR 98</p>	PERMANET	11 ↲	OLYSET-NET	12 ↲	DAWA PLUS	13 ↲	ICONLIFE	14 ↲	INTERCEPTOR	15 ↲	AUTRE	16 ↲	K-ONET	21 ↲	NETTO	22 ↲	SENTINELLE	23 ↲	AUTRE	26 ↲	<p>MOUSTIQUAIRE DE LONGUE DURÉE (MILDA) :</p> <table> <tr><td>PERMANET</td><td>11 ↲</td></tr> <tr><td>OLYSET-NET</td><td>12 ↲</td></tr> <tr><td>DAWA PLUS</td><td>13 ↲</td></tr> <tr><td>ICONLIFE</td><td>14 ↲</td></tr> <tr><td>INTERCEPTOR</td><td>15 ↲</td></tr> <tr><td>AUTRE</td><td>16 ↲</td></tr> </table> <hr/> <p>(PRECISER) (PASSER À 134) ↲</p> <p>AUTRE MOUST. TRAITÉE</p> <table> <tr><td>K-ONET</td><td>21 ↲</td></tr> <tr><td>NETTO</td><td>22 ↲</td></tr> <tr><td>SENTINELLE</td><td>23 ↲</td></tr> <tr><td>AUTRE</td><td>26 ↲</td></tr> </table> <hr/> <p>(PRECISER) (PASSER À 132) ↲</p> <p>CONFECTONNÉ PAR UN TAILLEUR 30 AUTRE 31</p> <hr/> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP/PAS SÛR 98</p>	PERMANET	11 ↲	OLYSET-NET	12 ↲	DAWA PLUS	13 ↲	ICONLIFE	14 ↲	INTERCEPTOR	15 ↲	AUTRE	16 ↲	K-ONET	21 ↲	NETTO	22 ↲	SENTINELLE	23 ↲	AUTRE	26 ↲	<p>MOUSTIQUAIRE DE LONGUE DURÉE (MILDA) :</p> <table> <tr><td>PERMANET</td><td>11 ↲</td></tr> <tr><td>OLYSET-NET</td><td>12 ↲</td></tr> <tr><td>DAWA PLUS</td><td>13 ↲</td></tr> <tr><td>ICONLIFE</td><td>14 ↲</td></tr> <tr><td>INTERCEPTOR</td><td>15 ↲</td></tr> <tr><td>AUTRE</td><td>16 ↲</td></tr> </table> <hr/> <p>(PRECISER) (PASSER À 134) ↲</p> <p>AUTRE MOUST. TRAITÉE</p> <table> <tr><td>K-ONET</td><td>21 ↲</td></tr> <tr><td>NETTO</td><td>22 ↲</td></tr> <tr><td>SENTINELLE</td><td>23 ↲</td></tr> <tr><td>AUTRE</td><td>26 ↲</td></tr> </table> <hr/> <p>(PRECISER) (PASSER À 132) ↲</p> <p>CONFECTONNÉ PAR UN TAILLEUR 30 AUTRE 31</p> <hr/> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP/PAS SÛR 98</p>	PERMANET	11 ↲	OLYSET-NET	12 ↲	DAWA PLUS	13 ↲	ICONLIFE	14 ↲	INTERCEPTOR	15 ↲	AUTRE	16 ↲	K-ONET	21 ↲	NETTO	22 ↲	SENTINELLE	23 ↲	AUTRE	26 ↲
PERMANET	11 ↲																																																															
OLYSET-NET	12 ↲																																																															
DAWA PLUS	13 ↲																																																															
ICONLIFE	14 ↲																																																															
INTERCEPTOR	15 ↲																																																															
AUTRE	16 ↲																																																															
K-ONET	21 ↲																																																															
NETTO	22 ↲																																																															
SENTINELLE	23 ↲																																																															
AUTRE	26 ↲																																																															
PERMANET	11 ↲																																																															
OLYSET-NET	12 ↲																																																															
DAWA PLUS	13 ↲																																																															
ICONLIFE	14 ↲																																																															
INTERCEPTOR	15 ↲																																																															
AUTRE	16 ↲																																																															
K-ONET	21 ↲																																																															
NETTO	22 ↲																																																															
SENTINELLE	23 ↲																																																															
AUTRE	26 ↲																																																															
PERMANET	11 ↲																																																															
OLYSET-NET	12 ↲																																																															
DAWA PLUS	13 ↲																																																															
ICONLIFE	14 ↲																																																															
INTERCEPTOR	15 ↲																																																															
AUTRE	16 ↲																																																															
K-ONET	21 ↲																																																															
NETTO	22 ↲																																																															
SENTINELLE	23 ↲																																																															
AUTRE	26 ↲																																																															
131	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle déjà traitée par le fabricant avec un insecticide qui tue ou éloigne les moustiques ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛR/NSP 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR/NSP 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR/NSP 8																																																												
132	Depuis que vous avez cette moustiquaire, a-t-elle été trempée ou plongée dans un liquide qui tue ou éloigne les moustiques ou les insectes ?	OUI 1 NON 2 (ALLER À 134) ↲ PAS SÛR/NSP 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 134) ↲ PAS SÛR/NSP 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 134) ↲ PAS SÛR/NSP 8																																																												
133	Combien de temps s'est-il écoulé depuis que la moustiquaire a été trempée ou plongée pour la dernière fois dans un liquide insecticide ? SI MOINS DE 1 MOIS, ENREGISTRER '00'. ENTRER LE NOMBRE DE MOIS.	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 24 MOIS OU + 95 PAS SÛR/NSP 98			MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 24 MOIS OU + 95 PAS SÛR/NSP 98			MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 24 MOIS OU + 95 PAS SÛR/NSP 98																																																								

128	DEMANDER À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES	MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3												
134	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI 1 NON 2 (ALLER À 135A) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 135A) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 135A) NE SAIT PAS 8												
135	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ? REPORTER LE NUMÉRO DE LIGNE À PARTIR DU TABLEAU DE MÉNAGE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES QUI ONT DORMI SOUS CHAQUE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIÈRE.	NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
		NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>										
NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>										
NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>										
NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOM _____ No DE LIGNE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>										
135A	Est-ce que cette moustiquaire a été modifiée après avoir été acquise?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8												
135B	VERIFIER 134 :	OUI 1 (ALLER À 135D) NON/NSP 2	OUI 1 (ALLER À 135D) NON/NSP 2	OUI 1 (ALLER À 135D) NON/NSP 2												
135C	Pourquoi, la nuit dernière, personne n'a dormi sous cette moustiquaire ? SI PLUSIEURS RAISONS SONT MENTIONNÉES, DEMANDER ET ENREGISTRER LA PRINCIPALE.	PAS MOUSTIQUES 1 CHALEUR 2 DECHIRE 3 N'EST PLUS EFFICACE 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	PAS MOUSTIQUES 1 CHALEUR 2 DECHIRE 3 N'EST PLUS EFFICACE 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	PAS MOUSTIQUES 1 CHALEUR 2 DECHIRE 3 N'EST PLUS EFFICACE 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8												
135D	Où cette moustiquaire a t-elle été obtenue ?	STRUCTURE DE SANTE ... 1 PHARMACIE PRIVÉE 2 AUTRES COMMERCES .. 3 OCB/ASSOCIAT 4 AUTRE NON-COMMER .. 5 POINT DIST. CAMPAGNE 6 AUTRE _____ 7 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	STRUCTURE DE SANTE ... 1 PHARMACIE PRIVÉE 2 AUTRES COMMERCES .. 3 OCB/ASSOCIAT 4 AUTRE NON-COMMER .. 5 POINT DIST. CAMPAGNE 6 AUTRE _____ 7 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	STRUCTURE DE SANTE 1 PHARMACIE PRIVÉE 2 AUTRES COMMERCES 3 OCB/ASSOCIAT 4 AUTRE NON-COMMER 5 POINT DIST. CAMPAGNE 6 AUTRE _____ 7 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8												
135E	Combien d'argent avez-vous effectivement payé pour acquérir la moustiquaire ? NOTER EN FRANCS CFA.	PRIX . <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS 9998					PRIX <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS 9998					PRIX <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS 9998				

128	DEMANDER À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES	MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3						
135F	VÉRIFIER 130 ET 132: MIILDA OU AUTRES TYPES DE MOUSTIQUAIRES.	Q130 : MILDA : (ALLER À 135G a-) ← Q132 : CODE 1 : (ALLER À 135G b-) ← Q132 : CODES 2 OU 8 : (ALLER À 135G a-) ←	Q130 : MILDA : (ALLER À 135G a-) ← Q132 : CODE 1 : (ALLER À 135G b-) ← Q132 : CODES 2 OU 8 : (ALLER À 135G a-) ←	Q130 : MILDA : (ALLER À 135G a-) ← Q132 : CODE 1 : (ALLER À 135G b-) ← Q132 : CODES 2 OU 8 : (ALLER À 135G a-) ←						
135G	a- Cette moustiquaire a t-elle été lavée depuis que vous l'avez acquise ? b-Cette moustiquaire a t-elle été lavée depuis qu'elle a été trempée la dernière fois ?	OUI 1 NON 2 (ALLER À 135I) ← PAS SÛR/NSP 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 135I) ← PAS SÛR/NSP 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 135I) ← PAS SÛR/NSP 8						
135H	Combien de fois cette moustiquaire a t-elle été lavée au cours des 12 derniers mois ?	N. LAVAGES ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NSP/PAS SÛR 98			N. LAVAGES ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NSP/PAS SÛR 98			N. LAVAGES ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NSP/PAS SÛR 98		
135I	Avez-vous jamais utilisé cette moustiquaire à d'autres fins que l'utiliser pour dormir?	OUI 1 NON 2 (ALLER À 135K) ← PAS SÛR/NSP 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 135K) ← PAS SÛR/NSP 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 135K) ← PAS SÛR/NSP 8						
135J	Quelles sont ces autres fins ?	POUR PROTÉGER LA RÉCOLTE/PLANTES A POUR LA PÊCHE B SUR LE MATELAS POUR SE SE PROTÉGÉR C/CONTRE LES PUNAISES DE LIT ... C HABILEMENT D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	POUR PROTÉGER LA RÉCOLTE/PLANTES A POUR LA PÊCHE B SUR LE MATELAS POUR SE SE PROTÉGÉR CO/CONTRE LES PUNAISES DE LIT ... C HABILEMENT D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	POUR PROTÉGER LA RÉCOLTE/PLANTES A POUR LA PÊCHE B SUR LE MATELAS POUR SE SE PROTÉGÉR CO/CONTRE LES PUNAISES DE LIT C HABILEMENT D AUTRE _____ X (PRÉCISER)						
135K	Avez-vous jamais essayé de réparer un trou dans cette moustiquaire ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR 8						
136		RETOURNER À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE: PASSER À 136A	RETOURNER À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE: PASSER À 136A	RETOURNER À 128 DANS PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS DANS LE MÉNAGE: PASSER À 136A						
136A	Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'il y avait des moustiques dans le ménage et qui n'y sont plus maintenant ?		OUI NON PAS SÛR/NSP	1 2 (ALLER À 137) ← 8						
136B	Combien ?		NOMBRE	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>						

NOTE (1): Vous pouvez trouver une des mentions suivantes sur les moustiquaires:

A) Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA):

- 1) PERMANET: PERMANET, www.permanet.com, www.vestergard-frandsen.com;
- 2) OLYSETNET: OLYSET NET, Registered Trademark of Sumitomo chemical Co ltd;
- 3) DAWA PLUS: DAWA, DAWA PLUS, TANA NETTING CO LTD BY SIAMDUTCH;
- 4) ICONLIFE : iconlife, Insecticide Treated net syngenta.
- 5) INTERCEPTOR: BASF THE CEMICAL COMPANY LLIN.

B) Autres moustiquaires imprégnées :

- 1) K-O NET: Siemdutch, Mosquito Netting Co ltd;
- 2) Netto: Netto Extra Treated Net;
- 3) SENTINELLE : Sentinel, Moustiquaire imprégnée;

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
137	Montrez-moi, s'il vous plaît, 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 (PASSER À 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. TEST DU SEL POUR LA TENEUR EN IODE	PRÉSENCE D'IODE 1 PAS D'IODE 2 PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE 3 SEL NON TESTÉ 6 (PRÉCISEZ LA RAISON)	
140A	Au cours des trois dernières années, est-il survenu dans votre ménage un quelconque choc ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 201)	
140B	Quel a été le principal choc subi par votre ménage ?	MALADIE 01 DÉCÈS 02 PERTE D'EMPLOI/CHÔMAGE 03 BAISSE DE REVENU/TRANSFERTS REÇUS 04 INONDATIONS/SÉCHERESSE/PERTE DE RÉCOLTE 05 CONFLIT/INSÉCURITÉ/VOL OU PERTE DE BÉTAIL 06 INCENDIE 07 PERTE D'ARGENT 08 AUTRE 96 (PRÉCISER)	

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ CONTINUE (EDS-CONTINUE 2012-2013)
QUESTIONNAIRE MÉNAGE : POIDS, TAILLE, TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME
POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS

République du Sénégal
Ministère de l'Economie et des Finances
Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

ICF International

IDENTIFICATION

NOM DE LA LOCALITE	MENAGE
NOM DU CHEF DE MÉNAGE	CONCES.
NUMERO DE CONCESSION	GRAPPE....
NUMERO DE GRAPPE	RÉGION
REGION	MILIEU
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	MILIEU (DETALLÉ)
DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL (DAKAR=1, CAPITALE REGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4)	

VISITES D'ENQUETRICES

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	JOUR
NOM DE L'ENQUÊTRICE	MOIS
RESULTAT*	ANNEE.... 2 0 1
PROCHAINE DATE VISITE :	CODE ENQU.
HEURE	CODE RESULTAT
				NOMBRE TOTAL DE VISITES

*CODES RESULTATS :

- 1 REMPLI
- 2 PAS DE MEMBRE DU MENAGE A LA MAISON OU PAS D'ENQUETE COMPETENT AU MOMENT DE LA VISITE
- 3 MENAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PERIODE
- 4 DIFFERE
- 5 REFUSE
- 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT A L'ADRESSE
- 7 LOGEMENT DETRUIT
- 8 LOGEMENT NON TROUVE
- 9 AUTRE _____

(PRECISER)

TOTAL DANS LE MENAGE

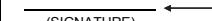
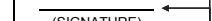
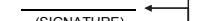
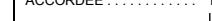
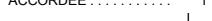
TOTAL ENFANTS ELIGIBLES

N° LIGNE
ENQUÊTE POUR
QUESTION.
MENAGE

CHEF D'EQUIPE	AGENT DE SANTE
NOM _____	NOM _____
DATE _____	DATE _____

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

201	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.202 EN ORDRE SELON LE NUMÉRO DE LIGNE. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE NOM _____	N° LIGNE NOM _____	N° LIGNE NOM _____
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE DE L'ENFANT À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2007 OU PLUS TARD ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ← ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINÉEZ L'INTERVIEW)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ← ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINÉEZ L'INTERVIEW)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ← ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINÉEZ L'INTERVIEW)
205	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 99.94 REFUS 99.95 AUTRE 99.96	KG. <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 99.94 REFUS 99.95 AUTRE 99.96	KG. <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 99.94 REFUS 99.95 AUTRE 99.96
206	TAILLE EN CENTIMÈTRES SI MOINS DE 2 ANS, MESURER L'ENFANT COUCHÉ, SINON DEBOUT	CM. <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 999.4 REFUS 999.5 AUTRE 999.6	CM. <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 999.4 REFUS 999.5 AUTRE 999.6	CM. <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 999.4 REFUS 999.5 AUTRE 999.6
207	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
208	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ← ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINÉEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ← ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINÉEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ← ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINÉEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2
209	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE). INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° LIGNE <input type="text"/> . <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/> . <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/> . <input type="text"/>
210	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des enfants 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>Nous demandons que tous les enfants nés en 2007 ou plus tard participant au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. 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.</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 en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
211	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE 1  REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1  REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1  REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6
212	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cadre de 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.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2007 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. 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 pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyées à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme ?</p>		
213	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE 1  REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1  REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1  REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6

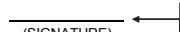
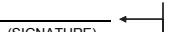
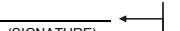
214	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			
215	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME.	<p>COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</p> <p>ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996</p> <p>COLLEZ LA 2^{eme} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3^{eme} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.</p>	<p>COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</p> <p>ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996</p> <p>COLLEZ LA 2^{eme} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3^{eme} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.</p>	<p>COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</p> <p>ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996</p> <p>COLLEZ LA 2^{eme} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3^{eme} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.</p>
216	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	<p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996</p>	<p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996</p>	<p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996</p>
217	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	<p>TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 219) ←</p>	<p>TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 219) ←</p>	<p>TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 219) ←</p>
218	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	<p>POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF ESPECES (OMV) 2 POSITIF P (F et OMV) 3 (PASSEZ À 221) ←</p> <p>NÉGATIF 4 AUTRE 6</p>	<p>POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF ESPECES (OMV) 2 POSITIF P (F et OMV) 3 (PASSEZ À 221) ←</p> <p>NÉGATIF 4 AUTRE 6</p>	<p>POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF ESPECES (OMV) 2 POSITIF P (F et OMV) 3 (PASSEZ À 221) ←</p> <p>NÉGATIF 4 AUTRE 6</p>
219	VÉRIFIEZ 216: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 232) ←</p>	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 232) ←</p>	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 232) ←</p>

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
220	DÉCLARATION DE REFERENCE <u>POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u>	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement. PASSEZ À 232		
221	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants: Faiblesse extrême? Problèmes cardiaques? Perte de conscience? Respiration rapide ou difficulté de respirer? Convulsions? Saignements anormaux? Jaunisse/peau jaune ? Urine foncée? SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENCEERCLEZ CODE Y.	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y
222	VÉRIFIEZ 221: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 224) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 224) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 224) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2
223	VÉRIFIEZ 216: 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 225) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 225) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 225) ←
224	DÉCLARATION POUR REFERENCE <u>POUR PALUDISME GRAVE.</u>	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a 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 amené tout de suite à un établissement de santé. PASSEZ À 231		

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____	
225	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 227) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 227) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 227) ←	
226	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.</u>	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une CTA supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis. PASSEZ À 231			
227	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 du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.			
228	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) REFUS 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 231) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) REFUS 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 231) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) REFUS 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 231) ←	
230	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	Enfants de moins de 1 an ou de moins de 8 Kgs Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)
		Enfants de 1-5 ans ou de 8-17 Kgs Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)
		DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR 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.			
231	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE REFERENCE.	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	
232	RETOURNEZ À 202 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, TERMINEZ L'INTERVIEW.				

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

201	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.202 EN ORDRE SELON LE NUMÉRO DE LIGNE. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE NOM _____	N° LIGNE NOM _____	N° LIGNE NOM _____
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE DE L'ENFANT À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2007 OU PLUS TARD ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ← ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ← ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ← ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)
205	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 99.94 REFUS 99.95 AUTRE 99.96	KG. <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 99.94 REFUS 99.95 AUTRE 99.96	KG. <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 99.94 REFUS 99.95 AUTRE 99.96
206	TAILLE EN CENTIMÈTRES SI MOINS DE 2 ANS, MESURER L'ENFANT COUCHÉ, SINON DEBOUT	CM. <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 999.4 REFUS 999.5 AUTRE 999.6	CM. <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 999.4 REFUS 999.5 AUTRE 999.6	CM. <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 999.4 REFUS 999.5 AUTRE 999.6
207	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
208	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ← ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ← ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ← ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2
209	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE). INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° LIGNE <input type="text"/> . <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/> . <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/> . <input type="text"/>
210	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des enfants 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>Nous demandons que tous les enfants nés en 2007 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. 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.</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 en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
211	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE 1  REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1  REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1  REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6
212	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cadre de 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.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2007 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. 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 pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyées à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme ?</p>		
213	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE 1  REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1  REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1  REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6

214	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			
215	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME.	<p>COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</p> <p>ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996</p> <p>COLLEZ LA 2^{eme} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3^{eme} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.</p>	<p>COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</p> <p>ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996</p> <p>COLLEZ LA 2^{eme} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3^{eme} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.</p>	<p>COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</p> <p>ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996</p> <p>COLLEZ LA 2^{eme} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3^{eme} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.</p>
216	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	<p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENT 99.4 REFUS 99.5 AUTRE 99.6</p>	<p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENT 99.4 REFUS 99.5 AUTRE 99.6</p>	<p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENT 99.4 REFUS 99.5 AUTRE 99.6</p>
217	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	<p>TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6</p> <p>(PASSEZ À 219) ←</p>	<p>TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6</p> <p>(PASSEZ À 219) ←</p>	<p>TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6</p> <p>(PASSEZ À 219) ←</p>
218	ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	<p>POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF ESPECES (OMV) 2 POSITIF P (F et OMV) 3</p> <p>(PASSEZ À 221) ←</p> <p>NÉGATIF 4 AUTRE 6</p> <p>(PASSEZ À 232) ←</p>	<p>POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF ESPECES (OMV) 2 POSITIF P (F et OMV) 3</p> <p>(PASSEZ À 221) ←</p> <p>NÉGATIF 4 AUTRE 6</p>	<p>POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF ESPECES (OMV) 2 POSITIF P (F et OMV) 3</p> <p>(PASSEZ À 221) ←</p> <p>NÉGATIF 4 AUTRE 6</p>
219	VÉRIFIEZ 216: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6</p> <p>(PASSEZ À 232) ←</p>	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6</p> <p>(PASSEZ À 232) ←</p>	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6</p> <p>(PASSEZ À 232) ←</p>

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
220	DÉCLARATION DE REFERENCE <u>POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u>	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement. PASSEZ À 232		
221	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants: Faiblesse extrême? Problèmes cardiaques? Perte de conscience? Respiration rapide ou difficulté de respirer? Convulsions? Saignements anormaux? Jaunisse/peau jaune ? Urine foncée? SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENCERCLEZ CODE Y.	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y
222	VÉRIFIEZ 221: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 224) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 224) + SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 224) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2
223	VÉRIFIEZ 216: 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 225) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 225) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 225) ←
224	DÉCLARATION POUR REFERENCE <u>POUR PALUDISME GRAVE.</u>	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a 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 amené tout de suite à un établissement de santé. PASSEZ À 231		

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____	
225	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRifiez en demandant de VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 227) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 227) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 227) ←	
226	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.</u>	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une CTA supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis. PASSEZ À 231			
227	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 du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.			
228	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) REFUS 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 231) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) REFUS 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 231) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) REFUS 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 231) ←	
230	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	Enfants de moins de 1 an ou de moins de 8 Kgs Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)
	Enfants de 1-5 ans ou de 8-17 Kgs Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)	
	DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR 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.				
231	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU <u>TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE REFERENCE</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	
232	RETOURNEZ À 202 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, TERMINEZ L'INTERVIEW.				