

# **Enquête sur les indicateurs du paludisme**

---

## **Questionnaire Femme**

---

**ORC Macro  
Calverton, Maryland**





SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour (NOM DE L'ORGANISATION). Nous effectuons actuellement une enquête sur le paludisme et nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. Les informations que vous nous donnerez seront très utiles au gouvernement pour mettre en place des services de santé. L'entretien dure généralement entre 10 et 20 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à une question particulière ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est particulièrement importante pour nous.

Avez-vous des questions à me poser sur l'enquête ?  
Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

Signature de l'enquêtrice : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

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

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE..... MINUTES.....	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS ..... NE SAIT PAS LE MOIS..... 98 ANNÉE..... NE SAIT PAS L'ANNÉE ..... 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	
104	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→108
105	Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ? <sup>1</sup>	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE..... 2 SUPÉRIEUR ..... 3	
106	Quelle est l'année/la classe la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? <sup>1</sup>	ANNÉE/CLASSE .....	
107	VÉRIFIER 105 : PRIMAIRE <input type="checkbox"/> ↓ SECONDAIRE OU PLUS ÉLEVÉ <input type="checkbox"/>		→109

<sup>1</sup> À adapter selon le système scolaire local.

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
108	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTRER LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. <sup>1</sup> SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTER : Pouvez-vous me lire une partie de cette phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT..... 1 PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES DE PHRASE ..... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉE..... 4 (PRÉCISER LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE.....5	
109	QUESTION SUR LA RELIGION SPÉCIFIQUE AU PAYS.		
110	QUESTION SUR L'APPARTENANCE ETHNIQUE SPÉCIFIQUE AU PAYS.		

<sup>1</sup> Chaque carte doit comporter quatre phrases simples appropriées au pays (par ex. « Les parents aiment leurs enfants », « Travailler la terre est un dur travail », « L'enfant lit un livre », « Les enfants travaillent dur à l'école »). Les cartes doivent être préparées dans toutes les langues dans lesquelles les enquêtées sont susceptibles de savoir lire.

Section 2. REPRODUCTION

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI ..... 1 NON..... 2	→206								
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON..... 2	→204								
203	Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES À LA MAISON ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui ne vivent pas actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON..... 2	→206								
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Et combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES AILLEURS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né(e) vivant(e) mais qui est décédé(e) par la suite ? SI NON, INSISTER : Aucun bébé qui a crié ou montré des signes de vie à la naissance mais qui n'a pas survécu ?	OUI ..... 1 NON..... 2	→208								
207	Combien de garçons sont décédés ? Et combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DÉCÉDÉES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES AUX QUESTIONS 203, 205 ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL.	AUCUN.....00  TOTAL ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			→345						
209	VÉRIFIER 208 : Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	VÉRIFIER 208 : UNE NAISSANCE      DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Est-ce que cet enfant est né au cours des six dernières années ?      Combien de ces enfants sont nés au cours des six dernières années ? SI NON, ENCERCLER '00'.	AUCUNE.....00  TOTAL AU COURS DES SIX DERNIÈRES ANNÉES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			→345						

211 Maintenant, je voudrais enregistrer le nom de tous les enfants auxquels vous avez donné naissance au cours des six dernières années, qu'ils soient encore en vie ou non, en commençant par la naissance la plus récente. ENREGISTRER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES AU COURS DES 6 DERNIÈRES ANNÉES À Q 212. NOTER LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.								
212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre (dernier/précédent) enfant ?  (NOM)	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	(NOM) est-il/elle un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ?  INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	217 SI EN VIE :  Quel âge avait (NOM) a son dernier anniversaire ?  NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	218 SI EN VIE :  (NOM) vit-il/elle avec vous ?	219 SI EN VIE :  NOTER LE No. DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE  (NOTER '00' SI L'ENFANT N'Y EST PAS LISTÉ).	220  Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM ET NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) ?
01	SIMP ...1 MULT ..2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ....2 ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	ÂGE EN ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .....1 NON .....2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	
02	SIMP ...1 MULT ..2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ....2 ↓ (ALLER À 220)	ÂGE EN ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .....1 NON .....2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2
03	SIMP ...1 MULT ..2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ....2 ↓ (ALLER À 220)	ÂGE EN ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .....1 NON .....2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2
04	SIMP ...1 MULT ..2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ....2 ↓ (ALLER À 220)	ÂGE EN ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .....1 NON .....2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2
05	SIMP ...1 MULT ..2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ....2 ↓ (ALLER À 220)	ÂGE EN ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .....1 NON .....2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2
06	SIMP ...1 MULT ..2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ....2 ↓ (ALLER À 220)	ÂGE EN ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .....1 NON .....2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2
07	SIMP ...1 MULT ..2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ....2 ↓ (ALLER À 220)	ÂGE EN ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .....1 NON .....2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
221	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, NOTER LA/LES NAISSANCE(S) DANS LE TABLEAU DE NAISSANCES.	OUI.....1 NON.....2	
222	<p>COMPARER 210 AU NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER :</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTER ET CORRIGER)</p> <p>VÉRIFIER : POUR CHAQUE NAISSANCE : ANNÉE DE LA NAISSANCE EST NOTÉE. POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST NOTÉ.</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
223	VÉRIFIER 215 ET NOTER LE NOMBRE DE NAISSANCES SURVENUES EN L'AN 2000 <sup>1</sup> OU PLUS TARD. SI AUCUNE NAISSANCE, ENREGISTRER '0'.		<input type="checkbox"/>
224	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI.....1 NON.....2 PAS SÛRE.....8	<input type="checkbox"/> →226
225	De combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
226	<p>VÉRIFIER 223 :</p> <p>UNE NAISSANCE OU PLUS EN L'AN 2000<sup>1</sup> OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> PAS DE NAISSANCES EN L'AN 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/></p>		<input type="checkbox"/> →345

<sup>1</sup>Pour le terrain commençant en 2006, 2007 ou 2008, l'année doit être, respectivement, 2001, 2002 ou 2003.

Section 3A. GROSSESSE ET TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT

301	NOTER LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE À 302. Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur votre dernière grossesse qui s'est terminée par une naissance vivante au cours des 6 dernières années.		
302	SELON Q. 212 ET 216 (LIGNE 01)	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	
303	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous reçu des soins prénatals ? <sup>1</sup> SI OUI : Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNELS DE SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... B SAGE-FEMME AUXILIAIRE ..... C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... D AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y	
304	Au cours de cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→310
305	Quels médicaments avez-vous pris ? <sup>2</sup> ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ, MONTRER LES MÉDICAMENTS ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.	SP/FANSIDAR ..... A CHLOROQUINE ..... B AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	
306	VÉRIFIER 305 : MÉDICAMENTS PRIS POUR ÉVITER LE PALUDISME	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→310
307	Combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar au cours de cette grossesse ?	FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

<sup>1</sup>Les codes doivent être développés localement et révisés sur la base du prétest ; toutefois les grandes catégories doivent être maintenues. Inclure tous les médicaments ou combinaisons de médicaments qui sont couramment donnés dans des catégories séparées.

<sup>2</sup> Ajouter, si nécessaire, des catégories de réponses pour les médicaments supplémentaires utilisés pour prévenir le paludisme au cours de la grossesse. Répéter les questions 306-309 pour tout autre médicament recommandé dans le Traitement Intermittent contre le Paludisme.

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	
308	VÉRIFIER 303 :  SOINS PRÉNATALS DISPENSÉS PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ AU COURS DE CETTE GROSSESSE ?	CODE 'A', 'B', OU 'C' ENCERCLÉ      AUTRE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→310
309	Avez-vous obtenu la SP/Fansidar lors d'une visite prénatale, lors d'une autre visite dans une formation sanitaire, ou auprès d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE..... 1 AUTRE FORMATION SANITAIRE... 2  AUTRE SOURCE _____ 6 (PRÉCISER)	
310	VÉRIFIER 215 ET 216 :  UN ENFANT <input type="checkbox"/> PAS D'ENFANT <input type="checkbox"/> VIVANT OU PLUS      VIVANT NÉS EN L'AN 2000 <sup>1</sup> NÉ EN L'AN 2000 <sup>1</sup> OU PLUS TARD      OU PLUS TARD		→345

<sup>1</sup>Pour le terrain commençant en 2006, 2007 ou 2008, l'année doit être, respectivement, 2001, 2002 ou 2003.

## SECTION 3B. FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS

311	<p>NOTER DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE CHAQUE ENFANT VIVANT NÉ EN L'AN 2000<sup>1</sup> OU PLUS TARD. (S'IL Y A PLUS DE 2 ENFANTS VIVANTS NÉS EN L'AN 2000<sup>1</sup> OU PLUS TARD, UTILISER DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).</p> <p>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur la santé de tous vos enfants qui sont âgés de moins de 5 ans. (Nous parlerons d'un enfant à la fois.)</p>		
312	<p>NOM ET NUMÉRO DE LIGNE</p> <p>DE 212</p>	<p>DERNIER ENFANT</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>	<p>AVANT-DERNIER ENFANT</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>
313	<p>Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre à un moment quelconque au cours des 2 dernières semaines ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 313 POUR ENFANT SUIVANT, OU, SI DERNIER ENFANT, ALLER À 345) &lt;—  NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 313 POUR ENFANT SUIVANT, OU, SI DERNIER ENFANT, ALLER À 345) &lt;—  NE SAIT PAS ..... 8</p>
314	<p>Depuis combien de jours la fièvre a-t-elle commencé ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER '00'.</p>	<p>JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>
315	<p>Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 317) &lt;— </p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 317) &lt;— </p>
316	<p>Où avez-vous cherché un traitement ou demandé des conseils ?<sup>2</sup></p> <p>Quelque part d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES SOURCES MENTIONNÉES.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV ..... A CENTRE DE SANTÉ GOUV ..... B POSTE DE SANTÉ GOUV ..... C CLINIQUE MOBILE ..... D AGENT DE SANTÉ ..... E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CLINIQUE MOBILE ..... J AGENT DE SANTÉ ..... K AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... M PRACTICIEN TRADIT ..... N AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV ..... A CENTRE DE SANTÉ GOUV ..... B POSTE DE SANTÉ GOUV ..... C CLINIQUE MOBILE ..... D AGENT DE SANTÉ ..... E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CLINIQUE MOBILE ..... J AGENT DE SANTÉ ..... K AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... M PRACTICIEN TRADIT ..... N AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>
316A	<p>Combien de jours après le début de la fièvre avez-vous commencé à rechercher un traitement pour (NOM) ? SI LE MÊME JOUR, ENREGISTRER '00'.</p>	<p>JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p><sup>1</sup> Pour le terrain commençant en 2006, 2007 ou 2008, l'année doit être, respectivement, 2001, 2002 ou 2003.</p> <p><sup>2</sup> Les codes doivent être développés localement et révisés sur la base du prétest ; toutefois les grandes catégories doivent être maintenues.</p>			

		DERNIER ENFANT	AVANT-DERNIER ENFANT
		NOM _____	NOM _____
317	Est-ce que (NOM) a toujours la fièvre ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8
318	Àu cours de sa maladie, est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre ?	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 344) <—  NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (ALLER À 344) <—  NE SAIT PAS..... 8
319	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? <sup>1</sup> D'autres médicaments ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.  DEMANDER À VOIR LE(S) MÉDICAMENT(S) SI LE TYPE DE MÉDICAMENT EST INCONNU. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT PAS ÊTRE IDENTIFIÉ, MONTRER LES MÉDICAMENTS ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.	ANTIPALUDÉEN SP/FANSIDAR ..... A CHLOROQUINE ..... B AMODIAQUINE..... C QUININE ..... D CBA ..... E AUTRE ANTIPALUDÉEN..... F (PRÉCISER)  AUTRE MÉDICAMENTS ASPIRINE..... G ACETAMINOPHEN/ PARACETAMOL..... H IBUPROFEN ..... I  AUTRE ..... X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	ANTIPALUDÉEN SP/FANSIDAR ..... A CHLOROQUINE..... B AMODIAQUINE..... C QUININE ..... D CBA ..... E AUTRE ANTIPALUDÉEN..... F (PRÉCISER)  AUTRE MÉDICAMENTS ASPIRIN ..... G ACETAMINOPHEN/ PARACETAMOL..... H IBUPROFEN ..... I  AUTRE ..... X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z
320	VÉRIFIER 319 : AU MOINS UN CODE DE A à F ENCERCLÉ ?	OUI      NON (RETOURNER À 317 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DANS COLONNE ↓            ↓            SUIVANTE ; OU SI DERNIÈRE NAIS- SANCE, ALLER À 344)	OUI      NON (RETOURNER À 317 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DANS COLONNE ↓            ↓            SUIVANTE ; OU SI DERNIÈRE NAIS- SANCE, ALLER À 344)
320A	VÉRIFIER 319 :  A-T-ON DONNÉ DE LA SP/FANSIDAR ('A') ?	CODE 'A' ENCERCLÉ      CODE 'A' PAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (ALLER À 324)	CODE 'A' ENCERCLÉ      CODE 'A' PAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (ALLER À 324)
321	Combien de temps après le début de la fièvre (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la SP/Fansidar ?	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS ..... 8
<sup>1</sup> Réviser la liste de médicaments comme il se doit ; toutefois, les grandes catégories doivent être maintenues. Inclure tous les médicaments ou combinaisons de médicaments qui sont couramment administrés dans des catégories séparées.			

		DERNIER ENFANT		AVANT-DERNIER ENFANT	
		NOM _____		NOM _____	
322	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de la SP/Fansidar ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	JOURS ..... <input type="checkbox"/>	JOURS ..... <input type="checkbox"/>	JOURS ..... <input type="checkbox"/>	JOURS ..... <input type="checkbox"/>
		NE SAIT PAS ..... 8	NE SAIT PAS ..... 8	NE SAIT PAS ..... 8	NE SAIT PAS ..... 8
323	Aviez-vous la SP/Fansidar chez vous ou l'avez-vous obtenue autre part ? SI 'AUTRE PART', INSISTER POUR OBTENIR LA SOURCE. SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez-vous obtenu la SP/Fansidar la première fois ?	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL ..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ ..... 3 BOUTIQUE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL ..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ ..... 3 BOUTIQUE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL ..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ ..... 3 BOUTIQUE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL ..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ ..... 3 BOUTIQUE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8
324	VÉRIFIER 319 :  QUELS MÉDICAMENTS ?	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE 'B' PAS ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE 'B' PAS ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/>
		↓ (ALLER À 328)	↓ (ALLER À 328)	↓ (ALLER À 328)	↓ (ALLER À 328)
325	Combien de temps après le début de la fièvre (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la chloroquine ?	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8
326	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de la chloroquine ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	JOURS ..... <input type="checkbox"/>	JOURS ..... <input type="checkbox"/>	JOURS ..... <input type="checkbox"/>	JOURS ..... <input type="checkbox"/>
		NE SAIT PAS ..... 8	NE SAIT PAS ..... 8	NE SAIT PAS ..... 8	NE SAIT PAS ..... 8
327	Aviez-vous la chloroquine chez vous ou l'avez-vous obtenue autre part ? SI 'AUTRE PART', INSISTER POUR OBTENIR LA SOURCE. SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez-vous obtenu la chloroquine la première fois ?	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL ..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ ..... 3 BOUTIQUE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL ..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ ..... 3 BOUTIQUE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL ..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ ..... 3 BOUTIQUE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL ..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ ..... 3 BOUTIQUE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8
328	VÉRIFIER 319 :  QUELS MÉDICAMENTS ?	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE 'C' PAS ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE 'C' PAS ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/>
		↓ (ALLER À 332)	↓ (ALLER À 332)	↓ (ALLER À 332)	↓ (ALLER À 332)
329	Combien de temps après le début de la fièvre (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ?	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8

		DERNIER ENFANT		AVANT-DERNIER ENFANT	
		NOM _____		NOM _____	
330	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de l'Amodiaquine ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	JOURS ..... <input type="text"/>	JOURS ..... <input type="text"/>	JOURS ..... <input type="text"/>	JOURS ..... <input type="text"/>
		NE SAIT PAS ..... 8	NE SAIT PAS ..... 8	NE SAIT PAS ..... 8	NE SAIT PAS ..... 8
331	Aviez-vous l'amodiaquine chez vous ou l'avez-vous obtenue autre part ? SI 'AUTRE PART', INSISTER POUR OBTENIR LA SOURCE. SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez-vous obtenu l'amodiaquine la première fois ?	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 BOUTIQUE..... 4 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 BOUTIQUE..... 4 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 BOUTIQUE..... 4 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 BOUTIQUE..... 4 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8
332	VÉRIFIER 319 :  QUELS MÉDICAMENTS ?	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE 'D' PAS ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 336)	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE 'D' PAS ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 336)
333	Combien de temps après le début de la fièvre (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ?	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8
334	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de la Quinine ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	JOURS ..... <input type="text"/>	JOURS ..... <input type="text"/>	JOURS ..... <input type="text"/>	JOURS ..... <input type="text"/>
		NE SAIT PAS ..... 8	NE SAIT PAS ..... 8	NE SAIT PAS ..... 8	NE SAIT PAS ..... 8
335	Aviez-vous la quinine chez vous ou l'avez-vous obtenue autre part ? SI 'AUTRE PART', INSISTER POUR OBTENIR LA SOURCE. SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez-vous obtenu la quinine la première fois ?	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 BOUTIQUE..... 4 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 BOUTIQUE..... 4 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 BOUTIQUE..... 4 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 BOUTIQUE..... 4 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8
336	VÉRIFIER 319 :  QUELS MÉDICAMENTS ?	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE 'E' PAS ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 340)	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE 'E' PAS ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 340)
337	Combien de temps après le début de la fièvre (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une CBA? <sup>11</sup>	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8

<sup>1</sup> CBA : Combinaison à Base d'Artémisinine  
Enquête sur les indicateurs du paludisme :  
Documentation de base  
Composant standard 2—Questionnaire Femme

		DERNIER ENFANT		AVANT-DERNIER ENFANT					
		NOM _____		NOM _____					
338	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris une CBA ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	JOURS ..... <input type="text"/>	JOURS ..... <input type="text"/>	JOURS ..... <input type="text"/>	JOURS ..... <input type="text"/>				
		NE SAIT PAS ..... 8	NE SAIT PAS ..... 8	NE SAIT PAS ..... 8	NE SAIT PAS ..... 8				
339	Aviez-vous une CBA chez vous ou l'avez-vous obtenue autre part ? SI 'AUTRE PART', INSISTER POUR OBTENIR LA SOURCE. SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez-vous obtenu une CBA la première fois ?	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 BOUTIQUE..... 4 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 BOUTIQUE..... 4 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 BOUTIQUE..... 4 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 BOUTIQUE..... 4 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8				
340	VÉRIFIER 319 :  QUELS MÉDICAMENTS ?	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE 'F' PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE 'F' PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>				
		(ALLER À 344)	(ALLER À 344)	(ALLER À 344)	(ALLER À 344)				
341	Combien de temps après le début de la fièvre (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDÉEN) ?	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8	LE MÊME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE .. 2 TROIS JOURS APRÈS LA FIÈVRE . 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE..... 4 NE SAIT PAS..... 8				
342	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDÉEN) ? SI 7 JOURS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	JOURS ..... <input type="text"/>	JOURS ..... <input type="text"/>	JOURS ..... <input type="text"/>	JOURS ..... <input type="text"/>				
		NE SAIT PAS ..... 8	NE SAIT PAS ..... 8	NE SAIT PAS ..... 8	NE SAIT PAS ..... 8				
343	Aviez-vous (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDÉEN) chez vous ou l'avez-vous obtenue autre part ? SI 'AUTRE PART', INSISTER POUR OBTENIR LA SOURCE. SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez-vous obtenu (NOM DE L'AUTRE ANTIPALUDÉEN) la première fois ?	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 BOUTIQUE..... 4 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 BOUTIQUE..... 4 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 BOUTIQUE..... 4 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	CHEZ MOI..... 1 CENTRE/AGENT DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL..... 2 CENTRE/AGENT DE SANTÉ PRIVÉ..... 3 BOUTIQUE..... 4 AUTRE..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8				
344		RETOURNER À 313 DANS LA COLONNE SUIVANTE, OU, SI DERNIER ENFANT, ALLER À 345.		RETOURNER À 313 DANS LA COLONNE SUIVANTE, OU, SI DERNIER ENFANT, ALLER À 345.					
345	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
		MINUTES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'ENQUÊTE

COMMENTAIRES À PROPOS DE L'ENQUÊTÉE :

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS SPÉCIFIQUES :

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES :

---

---

---

---

---

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_