

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE
ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDSBF-III, 2003)
QUESTIONNAIRE MÉNAGE
[Confidentiel]

| IDENTIFICATION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------|----------------------|----------------------|----------------------|
| NOM DE LA LOCALITÉ _____ | <table border="1"> <tr> <td>GRAPPE</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MÉNAGE</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PROVINCE</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>VIL./COM.</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>URBAIN/RURAL</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>RÉSIDENCE</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> | GRAPPE | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | MÉNAGE | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | PROVINCE | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | VIL./COM. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | URBAIN/RURAL | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | RÉSIDENCE | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| GRAPPE | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MÉNAGE | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROVINCE | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VIL./COM. | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| URBAIN/RURAL | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RÉSIDENCE | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NUMÉRO DE GRAPPE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NUMÉRO DU MÉNAGE..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROVINCE..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMMUNE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GRANDE VILLE/ AUTRE- VILLE/ RURAL..... (Ouagadougou =1, Autre-Ville =2, , Rural =3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| TEST ANÉMIE / TEST DU VIH / ENQUÊTE HOMME (OUI=1, NON=2)..... | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
|---|---|

| VISITES D'ENQUÊTRICES/ENQUÊTEURS | | | | |
|---|----------------------|---------------------------------|---|--|
| | 1 | 2 | 3 | VISITE FINALE |
| DATE | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 3 NOM <input type="text"/> RÉSULTAT <input type="text"/> |
| NOM DE L'ENQUÊTRICE | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| RÉSULTAT* | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| PROCHAINE VISITE :DATE | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | NBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/> |
| HEURE | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| *CODES RÉSULTATS: 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ (PRÉCISER) | | | TOTAL DANS LE MÉNAGE <input type="text"/> TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <input type="text"/> TOTAL DES HOMMES ÉLIGIBLES <input type="text"/> N° LIGNE ENQUÊTÉ POUR QUESTION. MÉNAGE <input type="text"/> | |
| CONTRÔLEUSE | | CHEF D'ÉQUIPE | | CONTRÔLE BUREAU |
| NOM _____ | | NOM _____ | | SAISI PAR |
| DATE _____ <input type="text"/> | | DATE _____ <input type="text"/> | | <input type="text"/> |

TABLEAU DE MÉNAGE

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

| N° LI-GNE | RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS | LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE | SEXE | | RÉSIDENCE | | | | ÂGE | ÉLIGIBILITÉ | | |
|-----------|--|---|---|---------------------------------------|--|----------------------|---|--|-----|---|--|--|
| | | | (NOM) est-il de sexe masculin ou féminin? | (NOM) vit-il/elle ici habituellement? | (NOM) a-t-il/elle dormi ici la nuit dernière ? | Quel âge a (NOM)? | ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS | ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES ÂGÉS DE 15-59 ANS | | ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS | | |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (8A) | (9) | | | |
| | S' il vous plait, donnez-moi le nom 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 | Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?* | H F | OUI NON | OUI NON | EN ANNÉES | | | | | | |
| 01 | | <input type="text"/> | 1 2 | 1 2 | 1 2 | <input type="text"/> | 01 | 01 | 01 | | | |
| 02 | | <input type="text"/> | 1 2 | 1 2 | 1 2 | <input type="text"/> | 02 | 02 | 02 | | | |
| 03 | | <input type="text"/> | 1 2 | 1 2 | 1 2 | <input type="text"/> | 03 | 03 | 03 | | | |
| 04 | | <input type="text"/> | 1 2 | 1 2 | 1 2 | <input type="text"/> | 04 | 04 | 04 | | | |
| 05 | | <input type="text"/> | 1 2 | 1 2 | 1 2 | <input type="text"/> | 05 | 05 | 05 | | | |
| 06 | | <input type="text"/> | 1 2 | 1 2 | 1 2 | <input type="text"/> | 06 | 06 | 06 | | | |
| 07 | | <input type="text"/> | 1 2 | 1 2 | 1 2 | <input type="text"/> | 07 | 07 | 07 | | | |
| 08 | | <input type="text"/> | 1 2 | 1 2 | 1 2 | <input type="text"/> | 08 | 08 | 08 | | | |
| 09 | | <input type="text"/> | 1 2 | 1 2 | 1 2 | <input type="text"/> | 09 | 09 | 09 | | | |
| 10 | | <input type="text"/> | 1 2 | 1 2 | 1 2 | <input type="text"/> | 10 | 10 | 10 | | | |

* CODES FOR Q.3: LIENS DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE :

01 = CHEF DE MÉNAGE
 02 = MARI OU FEMME/ÉPOUX OU ÉPOUSE
 03 = FILS OU FILLE
 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
 05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE

06 = PÈRE OU MÈRE
 07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE
 08 = FRÈRE OU SŒUR
 09 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE
 10 = ENFANT DU CONJOINT

11 = NEVEU OU NIÈCE
 12 = COUSIN OU COUSINE
 13 = AUTRE PARENT
 14 = SANS PARENTÉ
 98 = NE SAIT PAS

| N° LI-GNE | SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS ** | | | | INSTRUCTION | | | | | | | |
|-----------|--|--|---|---|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--|
| | Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie? | SI EN VIE Est-ce que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DE LA MÈRE | Est ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie? | SI EN VIE Est-ce que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DU PÈRE | SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS | | SI ÂGÉ DE 5-24 ANS | | | | | |
| | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) ¹ | (17) ¹ | (18) ¹ | (19) | (20) | |
| | OUI NON NSP | | OUI NON NSP | | OUI NON | NIVEAU CLASSE | OUI NON | OUI NON | NIVEAU CLASSE | OUI NON | NIVEAU CLASSE | |
| 01 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 L ▶ ALLER À 18 | 1 2 ALLER ◀ À 19 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | |
| 02 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 L ▶ ALLER À 18 | 1 2 ALLER ◀ À 19 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | |
| 03 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 L ▶ ALLER À 18 | 1 2 ALLER ◀ À 19 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | |
| 04 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 L ▶ ALLER À 18 | 1 2 ALLER ◀ À 19 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | |
| 05 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 L ▶ ALLER À 18 | 1 2 ALLER ◀ À 19 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | |
| 06 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 L ▶ ALLER À 18 | 1 2 ALLER ◀ À 19 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | |
| 07 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 L ▶ ALLER À 18 | 1 2 ALLER ◀ À 19 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | |
| 08 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 L ▶ ALLER À 18 | 1 2 ALLER ◀ À 19 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | |
| 09 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 L ▶ ALLER À 18 | 1 2 ALLER ◀ À 19 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 L ▶ ALLER À 18 | 1 2 ALLER ◀ À 19 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | |

¹ Lorsque l'interview se déroule pendant les vacances scolaires, utiliser les formulations suivantes :

| (16) | (17) | (18) |
|--|---|--|
| (NOM) a-t-il/elle fréquenté pendant l'année scolaire qui vient de se terminer? | Au cours de l'année scolaire qui vient de se terminer, (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment? | Au cours de l'année scolaire qui vient de se terminer, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM)?*** |

** Q.10 À Q.13
CES QUESTIONS CONCERNENT LES PARENTS BIOLOGIQUES DE L'ENFANT. AUX Q.11 ET Q.13, NOTER '00' SI LES PARENTS NE SONT PAS MEMBRES DU MÉNAGE.

*** CODES POUR Q.15, 18 ET 20: NIVEAU D'ÉDUCATION

| NIVEAU | PRIMAIRE = 1 | SEC. 1 ^{er} CYCLE = 2 | SEC. 2 ^e CYCLE = 3 | SUPÉRIEUR = 4 |
|--------|--|--|---|--|
| CLASSE | CP1 = 01 CP2 = 02 CE1 = 03 CE2 = 04 CM1 = 05 CM2 = 06 NSP = 98 | 6 ^e ème = 01 5 ^e ème = 02 4 ^e ème = 03 3 ^e ème = 04 FPP = 05 NSP = 98 | 2 nd = 01 1 ^{ère} = 02 Terminale = 03 FPB = 04 NSP = 98 | 1 ^{ère} année = 01 2 ^e ème année = 02 3 ^e ème année = 03 4 ^e ème année = 04 5 ^e ème année ou + = 05 NSP = 98 |

| N° LI- GNE | RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS | LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE | SEXE | | RÉSIDENCE | | | | ÂGE | ÉLIGIBILITÉ | | |
|---------------|--|---|--|---|---|-----|-----|------|----------------------|-------------|----|----|
| | | | (NOM) est-il de sexe masculin ou féminin? | (NOM) vit-il/elle ici habituel- lement? | (NOM) a-t-il/elle dormi ici la nuit dernière ? | Q1 | Q2 | Q3 | | Q4 | Q5 | Q6 |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (8A) | (9) | | | |
| | S' il vous plait, donnez-moi le nom 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 | Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?* | H | F | OUI | NON | OUI | NON | EN ANNÉES | | | |
| 11 | | <input type="text"/> | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | <input type="text"/> | 11 | 11 | 11 |
| 12 | | <input type="text"/> | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | <input type="text"/> | 12 | 12 | 12 |
| 13 | | <input type="text"/> | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | <input type="text"/> | 13 | 13 | 13 |
| 14 | | <input type="text"/> | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | <input type="text"/> | 14 | 14 | 14 |
| 15 | | <input type="text"/> | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | <input type="text"/> | 15 | 15 | 15 |
| 16 | | <input type="text"/> | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | <input type="text"/> | 16 | 16 | 16 |
| 17 | | <input type="text"/> | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | <input type="text"/> | 17 | 17 | 17 |
| 18 | | <input type="text"/> | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | <input type="text"/> | 18 | 18 | 18 |
| 19 | | <input type="text"/> | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | <input type="text"/> | 19 | 19 | 19 |
| 20 | | <input type="text"/> | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | <input type="text"/> | 20 | 20 | 20 |

* CODES FOR Q.3: LIENS DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE :

01 = CHEF DE MÉNAGE
02 = MARI OU FEMME/ÉPOUX OU ÉPOUSE
03 = FILS OU FILLE
04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE

06 = PÈRE OU MÈRE
07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE
08 = FRÈRE OU SCEUR
09 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE
10 = ENFANT DU CONJOINT

11 = NEVEU OU NIÈCE
12 = COUSIN OU COUSINE
13 = AUTRE PARENT
14 = SANS PARENTÉ
98 = NE SAIT PAS

| N° LI-GNE | SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS ** | | | | INSTRUCTION | | | | | | | |
|-----------|--|---|---|---|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| | Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie? | Est-ce que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DE LA MÈRE | Est ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie? | SI EN VIE Est-ce que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DU PÈRE | SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS | | SI ÂGÉ DE 5-24 ANS | | | | | |
| | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) ¹ | (17) ¹ | (18) ¹ | (19) | (20) | |
| | OUI NON NSP | | OUI NON NSP | | OUI NON | NIVEAU CLASSE | OUI NON | OUI NON | NIVEAU CLASSE | OUI NON | NIVEAU CLASSE | |
| 11 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. |
| 12 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. |
| 13 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. |
| 14 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. |
| 15 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. |
| 16 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. |
| 17 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. |
| 18 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. |
| 19 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. |
| 20 | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 8 | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. | <input type="checkbox"/> | 1 2 LIGNE. ◀ ▶ SUIVANT. |

** Q.10 À Q.13

CES QUESTIONS CONCERNENT LES PARENTS BIOLOGIQUES DE L'ENFANT. AUX Q.11 ET Q.13, NOTER '00' SI LES PARENTS NE SONT PAS MEMBRES DU MÉNAGE.

¹ Lorsque l'interview se déroule pendant les vacances scolaires, utiliser les formulations suivantes :

| (16) | (17) | (18) |
|--|---|--|
| (NOM) a-t-il/elle fréquenté pendant l'année scolaire qui vient de se terminer? | Au cours de l'année scolaire qui vient de se terminer, (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment? | Au cours de l'année scolaire qui vient de se terminer, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM)?*** |

| *** CODES POUR Q.15, 18 ET 20: NIVEAU D'ÉDUCATION | | | | |
|---|--|--|---|--|
| NIVEAU | PRIMAIRE = 1 | SEC. 1 ^{er} CYCLE = 2 | SEC. 2 ^e CYCLE = 3 | SUPÉRIEUR = 4 |
| | 00 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE | | | |
| CLASSE | CP1 = 01 CP2 = 02 CE1 = 03 CE2 = 04 CM1 = 05 CM2 = 06 NSP = 98 | 6 ^e ème = 01 5 ^e ème = 02 4 ^e ème = 03 3 ^e ème = 04 FPP = 05 NSP = 98 | 2nd = 01 1 ^{ère} = 02 Terminale = 03 FPB = 04 NSP = 98 | 1 ^{ère} année = 01 2 ^e ème année = 02 3 ^e ème année = 03 4 ^e ème année = 04 5 ^e ème année ou + = 05 NSP = 98 |

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

Juste pour être sûre que j'ai une liste complète :

- 1) Y-a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas portés sur la liste? OUI → INSCRIRE CHACUN (E) DANS LE TABLEAU NON
- 2) De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques ,des locataires ou des amis qui vivent habituellement ici? OUI → INSCRIRE CHACUN (E) DANS LE TABLEAU NON
- 3) 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 listées? OUI → INSCRIRE CHACUN (E) DANS LE TABLEAU NON

| N° | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|---|---------|-----|-----|-------------------|---|---|-------------|---|---|------------------|---|---|----------------|---|---|--------------------|---|---|--|
| 21 | D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage? | EAU DU ROBINET DANS LOGEMENT11 → 23 DANS COUR/12 → 23 FONTAINE PUBLIQUE13 PUIITS OUVERT PUIITS OUVERT DANS LOGEMENT..21 → 23 PUIITS OUVERT COUR/PARCELLE...22 → 23 PUIITS PUBLIC OUVERT23 PUIITS COUVERT OU FORAGE PUIITS PROTÉGÉ DANS LE LOGEMENT31 → 23 PUIITS PROTÉGÉ COUR/PARCELL. 32 → 23 PUIITS PUBLIC PROTÉGÉ33 EAU DE SURFACE SOURCE41 FLEUVE/RIVIÈRE42 MARE/LAC43 BARRAGE44 EAU DE PLUIE51 → 23 CAMION CITERNE61 EAU EN BOUTEILLE71 → 23 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir? | MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE996 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | Quel genre de toilettes la plupart des membres de votre ménage utilisent-ils? | W.C. AVEC CHASSE D'EAU11 FOSSE/LATRINES RUDIMENTAIRES21 AMÉLIORÉES22 → 25 PAS DE TOILETTES /NATURE31 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | Partagez-vous cette installation avec d'autres ménages? | OUI1 NON.....2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | Dans votre ménage, y a t-il : L'électricité? Une radio? Une télévision? Un téléphone? Un réfrigérateur? | <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:right">OUI</td> <td style="text-align:right">NON</td> </tr> <tr> <td>ÉLECTRICITÉ</td> <td style="text-align:right">1</td> <td style="text-align:right">2</td> </tr> <tr> <td>RADIO</td> <td style="text-align:right">1</td> <td style="text-align:right">2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION</td> <td style="text-align:right">1</td> <td style="text-align:right">2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉPHONE.....</td> <td style="text-align:right">1</td> <td style="text-align:right">2</td> </tr> <tr> <td>RÉFRIGÉRATEUR.....</td> <td style="text-align:right">1</td> <td style="text-align:right">2</td> </tr> </table> | | OUI | NON | ÉLECTRICITÉ | 1 | 2 | RADIO | 1 | 2 | TÉLÉVISION | 1 | 2 | TÉLÉPHONE..... | 1 | 2 | RÉFRIGÉRATEUR..... | 1 | 2 | |
| | OUI | NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÉLECTRICITÉ | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RADIO | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TÉLÉVISION | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TÉLÉPHONE..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RÉFRIGÉRATEUR..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | Dans votre ménage, quel genre de combustible utilisez-vous principalement pour la cuisine? | ÉLECTRICITÉ01 GAZ BOUTEILLE/GAZ NATUREL02 BIOGAZ.....03 KÉROSÈNE.....04 CHARBON, LIGNITE, TOURBE.....05 CHARBON DE BOIS06 BOIS À BRÛLER, PAILLE07 BOUSE08 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| N° | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | | | ALLER À |
|---|---|--|---|---|---------|
| 27 | PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTRER L'OBSERVATION. | MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE.....11 BOUSE.....12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BOIS PLANCHES.....21 PALMES/BAMBOUS.....22 MATÉRIAU MODERNE PARQUET OU BOIS POLI.....31 VINYLE OU LINO/ASPHALTE.....32 CARREAUX.....33 CIMENT.....34 MOQUETTE.....35 AUTRE.....96 (PRÉCISER) | | | |
| 28 | Dans votre ménage, y a-t-il quelqu'un qui possède : Une charrette à âne? Une bicyclette? Une mobylette ou une motocyclette? Une voiture ou une camionnette? | | OUI NON CHARRETTE ANE.....1 2 BICYCLETTE.....1 2 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE .1 2 VOITURE/CAMIONNETTE.....1 2 | | |
| Maintenant je voudrais vous poser quelques questions concernant les moustiquaires | | | | | |
| 29 | Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir? | OUI.....1 NON.....2 | | | → 33 |
| 29A | Combien de moustiquaires avez-vous dans votre ménage ? | NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |
| 29B | DEMANDER À L'ENQUETÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES. POSER LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE. SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE | MOUSTIQUAIRE 1 | MOUSTIQUAIRE 2 | MOUSTIQUAIRE 3 | |
| 29C | Depuis combien de temps votre ménage possède-t-il la (MOUSTIQUAIRE No..) ? | MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU +..... 96 | MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU +.....96 | MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU +..... 96 | |
| 29D | OBSERVER OU DEMANDER LA MARQUE DE LA MOUSTIQUAIRE. | MOUSTIQUAIRE PERMANENTE 1 PERMANET.....11 OLYSET.....12 SERENA.....18 (PASSER À 29H)← MOUSTIQUAIRE PRE-TRAITÉE 2 PERMETHRINE.....21 DELTA METHRINE.22 CYFULTHRINE.....23 NSP MARQUE.....28 AUTRE.....31 NSP/PAS SÛR.....98 | MOUSTIQUAIRE PERMANENTE 1 PERMANET.....11 OLYSET.....12 SERENA.....18 (PASSER À 29H)← MOUSTIQUAIRE PRE-TRAITÉE 2 PERMETHRINE.....21 DELTA METHRINE 22 CYFULTHRINE.....23 NSP MARQUE.....28 AUTRE.....31 NSP/PAS SÛR.....98 | MOUSTIQUAIRE PERMANENTE 1 PERMANET.....11 OLYSET.....12 SERENA.....18 (PASSER À 29H)← MOUSTIQUAIRE PRE-TRAITÉE 2 PERMETHRINE.....21 DELTA METHRINE 22 CYFULTHRINE.....23 NSP MARQUE.....28 AUTRE.....31 NSP/PAS SÛR.....98 | |
| 29E | Depuis que vous avez la moustiquaire, est-ce que vous l'avez trempée ou plongée dans un liquide pour éloigner les moustiques ou les insectes ? | OUI.....1 NON.....2 (ALLER A 29H)← PAS SUR/NSP.....8 | OUI.....1 NON.....2 (ALLER A 29H)← PAS SUR/NSP.....8 | OUI.....1 NON.....2 (ALLER A 29H)← PAS SUR/NSP.....8 | |

1 Moustiquaire permanente indique que la moustiquaire est imprégnée de manière permanente.

2 Moustiquaire pre-traitée indique la moustiquaire a été traitée mais qu'elle doit à nouveau l'être au bout de 6 à 12 mois.

| N° | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | | | ALLER À | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|-------------------------------|-----|------------|-------------------|-------------|---|---|---|--------------------------------|--------------|---------------------|---|--|
| 29F | Combien de temps s'est écoulé depuis que la moustiquaire a été trempée ou plongée pour la dernière fois ? SI MOINS DE 1 MOIS, ENREGISTRER '00'. | MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + 96 | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + 96 | MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + 96 | | | | | | | | | | | | | |
| 29G | Depuis que la moustiquaire a été imprégnée pour la dernière fois, est-ce qu'elle a été lavée ? | OUI.....1 NON2 PAS SUR/NSP8 | OUI 1 NON 2 PAS SUR/NSP 8 | OUI 1 NON 2 PAS SUR/NSP 8 | | | | | | | | | | | | | |
| 29H | Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ? | OUI.....1 NON2 (PASSER À 31A) ← PAS SÛR/NSP8 | OUI 1 NON 2 (PASSER À 31A) ← PAS SÛR/NSP 8 | OUI 1 NON 2 (PASSER À 31A) ← PAS SÛR/NSP 8 | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ? REPORTER LE NUMERO DE LIGNE A PARTIR DE LA LISTE DES MEMBRES DU MENAGE. | No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> | No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> | No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| 31A | | RETOURNER À 29B POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, PASSER À 33. | RETOURNER À 29B POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, PASSER À 33. | RETOURNER À 29B DANS PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, PASSER À 33. | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | Dans votre ménage, où est-ce que vous lavez les mains habituellement ? | DANS LE LOGEMENT/ DANS LA COUR/ DANS LA PARCELLE1 QUELQUE PART D'AUTRE2 NULLE PART3 | | | <input type="checkbox"/> → 35 | | | | | | | | | | | | |
| 34 | DEMANDER À VOIR L'ENDROIT LE PLUS SOUVENT UTILISÉ POUR SE LAVER LES MAINS ET VÉRIFIER SI LES OBJETS SUIVANTS S'Y TROUVENT | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>EAU/ROBINET</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SAVON, CENDRE OU AUTRE PRODUIT LAVANT</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CUVETTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table> | | | | OUI | NON | EAU/ROBINET | 1 | 2 | SAVON, CENDRE OU AUTRE PRODUIT LAVANT | 1 | 2 | CUVETTE..... | 1 | 2 | |
| | OUI | NON | | | | | | | | | | | | | | | |
| EAU/ROBINET | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| SAVON, CENDRE OU AUTRE PRODUIT LAVANT | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| CUVETTE..... | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 | DEMANDER À L'ENQUÊTÉE UNE CUILLERÉE DU SEL UTILISÉ POUR LES BESOINS DU MÉNAGE, ENSUITE TESTER LE SEL POUR VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'IODE. ENREGISTRER LES PPM (PARTS PAR MILLION). (SI LE SEL N'A PAS ÉTÉ TESTÉ, DONNER LA RAISON _____) → | <table border="0"> <tr> <td>0 PPM (PAS D'IODE).....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>7 PPM.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>15 PPM.....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>30 PPM.....</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Pas de sel dans le ménage.....</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sel non testé</td> <td>6</td> </tr> </table> | | | 0 PPM (PAS D'IODE)..... | 1 | 7 PPM..... | 2 | 15 PPM..... | 3 | 30 PPM..... | 4 | Pas de sel dans le ménage..... | 5 | Sel non testé | 6 | |
| 0 PPM (PAS D'IODE)..... | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 PPM..... | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 PPM..... | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 PPM..... | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pas de sel dans le ménage..... | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sel non testé | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---------------|
| VÉRIFIER PAGE DE COUVERTURE : TEST D'ANÉMIE OUI <input type="checkbox"/> | PAS DE TEST D'ANÉMIE <input type="checkbox"/> | →OBSERVATIONS |
|---|---|---------------|

MESURES DE LA TAILLE, DU POIDS ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE

VÉRIFIER LES COLONNES (8) ET (9) : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÂGE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS ET DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS.

| FEMMES DE 15-49 ANS | | | | POIDS ET TAILLE DES FEMMES DE 15-49 ANS | | | |
|---------------------------|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|--------------------------|--|
| N°_DE LIGNE DE LA COL.(8) | NOM DE LA COL.(2) | ÂGE DE LA COL.(7) | Quelle est la date de naissance de (NOM)? | POIDS (KILOGRAMMES) | TAILLE (CENTIMÈTRES) | MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT | RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE |
| (36) | (37) | (38) | (39) | (40) | (41) | (42) | (43) |
| | | ANNÉES | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |

| ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS | | | | POIDS ET TAILLE DES ENFANTS NÉS EN 1998 OU PLUS TARD | | | |
|---------------------------|----------------------|----------------------|--|--|----------------------|--------------------------|--|
| N°_DE LIGNE DE LA COL(9) | NOM DE LA COL.(2) | ÂGE DE LA COL.(7) | Quel est la date de naissance de (NOM)? | POIDS (KILOGRAMMES) | TAILLE (CENTIMÈTRES) | MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT | RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE |
| | | | JOUR MOIS ANNÉE | | | ALLONGÉ DEBOUT | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 1 2 | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 1 2 | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 1 2 | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 1 2 | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 1 2 | <input type="text"/> |

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE :

| MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES FEMMES DE 15-49 ANS | | | | | |
|--|--|---|-----------------------------|--------------------------|--|
| VÉRIFIER COLONNE (38): | N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE. ENREGISTRER "00" S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUEST. MÉNAGE | LIRE LE CONSENTEMENT À LA FEMME PARENT/ADULTE RESPONSABLE * ENTOURER LE CODE (ET SIGNER) | NIVEAU D'HÉMOGLOBINE (G/DL) | ACTUELLE- MENT ENCEINTE | RÉSULTAT 1 MÉSURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE |
| (44) | (45) | (46) | (47) | (48) | (49) |
| ÂGE 15-17 | ÂGE 18-49 | ACCORDÉ | REFUSÉ | OUI NON/NSP | |
| 1 ALLER À 46 ← | <input type="checkbox"/> | 1 ↓ SIGNER _____ | LIGNE SUIVANTE → 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 <input type="checkbox"/> |
| 1 ALLER À 46 ← | <input type="checkbox"/> | 1 ↓ SIGNER _____ | LIGNE SUIVANTE → 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 <input type="checkbox"/> |
| 1 ALLER À 46 ← | <input type="checkbox"/> | 1 ↓ SIGNER _____ | LIGNE SUIVANTE → 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 <input type="checkbox"/> |
| 1 ALLER À 46 ← | <input type="checkbox"/> | 1 ↓ SIGNER _____ | LIGNE SUIVANTE → 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 <input type="checkbox"/> |
| 1 ALLER À 46 ← | <input type="checkbox"/> | 1 ↓ SIGNER _____ | LIGNE SUIVANTE → 2 | <input type="checkbox"/> | 1 2 <input type="checkbox"/> |

| MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS NÉS EN 1998 OU PLUS TARD | | | | | |
|---|--|---|-----------------------------|--------------------------|--|
| | N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE. ENREGISTRER "00" S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUEST. MÉNAGE | LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE * ENTOURER LE CODE (ET SIGNER) | NIVEAU D'HÉMOGLOBINE (G/DL) | | RÉSULTAT 1 MÉSURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE |
| | | ACCORDÉ | REFUSÉ | | |
| | <input type="checkbox"/> | 1 ↓ SIGNER _____ | LIGNE SUIVANTE → 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | 1 ↓ SIGNER _____ | LIGNE SUIVANTE → 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | 1 ↓ SIGNER _____ | LIGNE SUIVANTE → 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | 1 ↓ SIGNER _____ | LIGNE SUIVANTE → 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | 1 ↓ SIGNER _____ | LIGNE SUIVANTE → 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*** DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE**

Dans cette enquête, nous voulons connaître le niveau de l'anémie chez les femmes et les enfants. L'anémie est un sérieux problème de santé qui est dû à une alimentation pauvre. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.

Nous voudrions que vous (et tous vos enfants nés en 1998 ou plus tard) participiez au test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang de votre doigt. Pour ce test on utilise des instruments stérilisés et non-réutilisables qui sont propres et sans risque. Le sang sera analysé avec un équipement neuf et les résultats vous seront communiqués immédiatement après la prise de sang. Les résultats sont confidentiels.

Maintenant, pouvez-vous me dire si vous acceptez de participer au test d'anémie ?

50 VÉRIFIER 47 ET 49G:

NOMBRE DE RÉSIDENTS HABITUELS DONT LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE EST INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE *

UNE OU PLUS AUCUNE

DONNER À CHAQUE FEMMES/PARENT/ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE ET CONTINUER AVEC Q.51 **. DONNER À LA FEMMES/PARENT/ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE ET C'EST LA FIN DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE

51 Nous avons détecté un faible niveau d'hémoglobine dans (votre sang/le sang de NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS). Cela signifie que (vous/NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) êtes sévèrement anémié(e), ce qui est un problème de santé sérieux. Nous souhaiterions informer le docteur de _____ au sujet de (votre état/l'état de NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS). Cela vous aidera à obtenir le traitement approprié à votre état. Acceptez-vous que cette information concernant le niveau d'hémoglobine dans (votre sang/le sang de NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) soit transmise au docteur?

| | NOM DE LA PERSONNE QUI SE SITUE EN-DESSOUS DU SEUIL CRITIQUE | NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE | ACCEPTE QUE L'INFORMATION SOIT TRANSMISE | |
|--|--|----------------------------------|--|--|
|--|--|----------------------------------|--|--|

FEMMES DE 18-49 ANS ET HOMMES DE 18-59 ANS

| | | | |
|--|----------|--|-------------------------|
| | 1) _____ | | OUI1 NON.....2 |
| | 2) _____ | | OUI1 NON.....2 |
| | 3) _____ | | OUI1 NON.....2 |
| | 4) _____ | | OUI1 NON.....2 |
| | 5) _____ | | OUI1 NON.....2 |
| | 6) _____ | | OUI1 NON.....2 |

FEMMES ET HOMMES DE 15-17 ANS ET ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

| | | | |
|--|-----------|-------|-------------------------|
| | 1) _____ | _____ | OUI1 NON.....2 |
| | 2) _____ | _____ | OUI1 NON.....2 |
| | 3) _____ | _____ | OUI1 NON.....2 |
| | 4) _____ | _____ | OUI1 NON.....2 |
| | 5) _____ | _____ | OUI1 NON.....2 |
| | 6) _____ | _____ | OUI1 NON.....2 |
| | 7) _____ | _____ | OUI1 NON.....2 |
| | 8) _____ | _____ | OUI1 NON.....2 |
| | 9) _____ | _____ | OUI1 NON.....2 |
| | 10) _____ | _____ | OUI1 NON.....2 |

* Le seuil critique est de 9 g/dl pour les femmes enceintes et de 7 g/dl pour les enfants et les femmes qui ne sont pas enceintes (ou qui ne savent pas si elles sont enceintes).

** S'il y a plus d'une femme ou d'un enfant qui se situe en-dessous du seuil critique, lire la déclaration de Q.51 à chaque femme qui se situe en-dessous du seuil critique et à chaque femme/parent/adulte responsable de l'enfant qui se situe en-dessous du seuil critique.

TEST DU VIH—FEMMES ET HOMMES

Nombre total de prélèvements: _____

VÉRIFIER LES COLONNES (8) ET (8A) DU TABLEAU DE MÉNAGE : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, LE SEXE ET L'ÂGE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS ET DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS . CETTE FICHE DOIT ÊTRE DÉTRUITE AU BUREAU AVANT QUE LES RÉSULTATS DU TEST NE SOIENT RELIÉS À LA BASE DES DONNÉES DE L'EDS.

| No.DE LIGNE DE LA COL.(8) OU DE LA COL. (8A) | NOM DE LA COL.(2) | SEXE DE LA COL.(4) H F | ÂGE DE LA COL.(7) ANNÉES | VÉRIFIER L'ÂGE À LA COLONNE (55) AGE 15-17 18+ | N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE (57) | LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT OU À L'ADULTE RESPONSABLE ENTOURER LE CODE (ET SIGNER) | | | LIRE LE CONSENTEMENT À LA FEMME/ L'HOMME OU AU JEUNE ENTOURER LE CODE (ET SIGNER) | | | RÉSULTAT 1 PRÉLÈVEMENT FAIT 2 REFUSÉ 3 ABSENT 4 PROBLÈME TECH. 6 AUTRE (À PRÉCISER) | ÉTIQUETTES CODES À BARRES (61) |
|---|----------------------|------------------------------|--------------------------------|---|---|--|---|-------------|--|---|-------------|--|---|
| | | | | | | 1 ↓ SIGNER _____ | 2 | PAS LU 3 | 1 ↓ SIGNER _____ | 2 | PAS LU 3 | | |
| (52) | (53) | (54) | (55) | (56) | (57) | (58) | | | (59) | | | (60) | (61) |
| <input type="text"/> | NOM | 1 2 | <input type="text"/> | 1 2 ↓ ALLER À 59 | <input type="text"/> | 1 ↓ SIGNER _____ | 2 | 3 | 1 ↓ SIGNER _____ | 2 | 3 | <input type="text"/> | COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE ICI À CET ENDROIT, COLLER LA DEUXIÈME SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ(E) ET LA TROISIÈME SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS |
| <input type="text"/> | | 1 2 | <input type="text"/> | 1 2 ↓ ALLER À 59 | <input type="text"/> | 1 ↓ SIGNER _____ | | | 1 ↓ SIGNER _____ | 2 | 3 | <input type="text"/> | COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE ICI À CET ENDROIT, COLLER LA DEUXIÈME SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ(E) ET LA TROISIÈME SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS |
| <input type="text"/> | | 1 2 | <input type="text"/> | 1 2 ↓ ALLER À 59 | <input type="text"/> | 1 ↓ SIGNER _____ | | | 1 ↓ SIGNER _____ | 2 | 3 | <input type="text"/> | COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE ICI À CET ENDROIT, COLLER LA DEUXIÈME SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ(E) ET LA TROISIÈME SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS |
| <input type="text"/> | | 1 2 | <input type="text"/> | 1 2 ↓ ALLER À 59 | <input type="text"/> | 1 ↓ SIGNER _____ | | | 1 ↓ SIGNER _____ | 2 | 3 | <input type="text"/> | COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE ICI À CET ENDROIT, COLLER LA DEUXIÈME SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ(E) ET LA TROISIÈME SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS |
| <input type="text"/> | | 1 2 | <input type="text"/> | 1 2 ↓ ALLER À 59 | <input type="text"/> | 1 ↓ SIGNER _____ | | | 1 ↓ SIGNER _____ | 2 | 3 | <input type="text"/> | COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE ICI À CET ENDROIT, COLLER LA DEUXIÈME SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ(E) ET LA TROISIÈME SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS |
| <input type="text"/> | | 1 2 | <input type="text"/> | 1 2 ↓ ALLER À 59 | <input type="text"/> | 1 ↓ SIGNER _____ | | | 1 ↓ SIGNER _____ | 2 | 3 | <input type="text"/> | COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE ICI À CET ENDROIT, COLLER LA DEUXIÈME SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ(E) ET LA TROISIÈME SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS |
| <input type="text"/> | | 1 2 | <input type="text"/> | 1 2 ↓ ALLER À 59 | <input type="text"/> | 1 ↓ SIGNER _____ | | | 1 ↓ SIGNER _____ | 2 | 3 | <input type="text"/> | COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE ICI À CET ENDROIT, COLLER LA DEUXIÈME SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ(E) ET LA TROISIÈME SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS |

Consentement Volontaire

Pour le test de VIH

INTRODUCTION DU CONSENTEMENT POUR LE TEST DE VIH

Bonjour, mon nom est (VOTRE NOM) et je travaille pour l'Institut National de la Statistique et de la Démographie qui organise cette enquête nationale sur la santé des femmes et des enfants. Dans le cadre de l'enquête, nous invitons toutes les femmes et tous les hommes dans tout le pays à donner quelques gouttes de sang d'un doigt.

Le VIH est le virus qui cause le SIDA. Le SIDA est une maladie grave, habituellement mortelle. Nous sommes entrain de mener le test de VIH pour mesurer la gravité du problème du SIDA au Burkina Faso.

Pour le test de VIH, nous avons besoin de quelques gouttes de sang d'un de vos doigts. Pour prendre ces gouttes de sang dans le cadre de l'enquête, nous utilisons des instruments complètement désinfectés et sans risque.

Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera attribué ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner vos résultats d'analyse. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat d'analyse de votre sang.

Avez-vous des questions?

Vous pouvez accepter ou refuser de participer au test. C'est à vous de décider.

CONSENTEMENT DE LA FEMME/L'HOMME OU DU JEUNE

LIRE L'INTRODUCTION DU CONSENTEMENT

Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ce test de VIH?

RETOURNER A LA COLONNE (59). ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNER.

CONSENTEMENT PRÉLIMINAIRE DES PARENTS POUR LES JEUNES DE 15-17 ANS

SI L'ENQUÊTÉ EST ÂGÉ DE 15-17 ANS, DEMANDER D'ABORD LE CONSENTEMENT PRÉLIMINAIRE AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE:

LIRE L'INTRODUCTION DU CONSENTEMENT

Maintenant, est-ce que vous acceptez que (NOM DE L'ENQUÊTÉ ÂGÉ DE 15-17 ANS) participe à ce test de VIH?

RETOURNER A LA COLONNE (58). ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNER.

SI LE PARENT/ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE A ACCEPTÉ QU'IL PARTICIPE AU TEST, LIRE LE CONSENTEMENT AU JEUNE.

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE

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

NOM DE L'ENQUETRICE : _____ DATE: _____

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

NOM DE LA CONTROLEUSE : _____ DATE: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

NOM DU CHEF D'EQUIPE : _____ DATE: _____