

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

(CONFIDENTIEL)

IDENTIFICATION																			
DÉPARTEMENT : _____ SOUS-PRÉFECTURE/CIRCONS.URBAINE : _____ COMMUNE RURALE/URBAINE : _____ 1 URBAIN 2 RURAL VILLAGE/QUARTIER : _____ NUMÉRO DE GRAPPE ..... NUMÉRO DE STRUCTURE ..... NUMÉRO DU MÉNAGE..... NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																		
ENQUÊTE HOMME : 1 OUI 2 NON ENQUÊTE ANÉMIE : 1 OUI 2 NON																			
VISITES D'ENQUÊTRICE																			
	1	2	3	VISITE FINALE															
DATE  NOM DE L'ENQUÊTRICE RÉSULTAT*	_____  _____ _____	_____  _____ _____	_____  _____ _____	JOUR MOIS ANNÉE 2 0 0 1 NOM RÉSULTAT															
PROCHAINE VISITE : DATE  HEURE	_____  _____	_____  _____		NBRE.TOTAL DE VISITES  _____															
*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  TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES  TOTAL DES HOMMES ÉLIGIBLES															
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DU RÉPONDANT : _____ ..... QUESTIONNAIRE UTILISÉ : _____ FRANÇAIS _____ LANGUE DE L'INTERVIEW : _____ INTERPRETE : OUI (1) NON (2) *** CODE LANGUES : 1 FRANÇAIS, 2 ADJA, 3 BARIBA, 4 FON, 5 DENDI, 6 DITAMARI, 7 YORUBA, 8 AUTRE				<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <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> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>															
CONTRÔLEUSE  NOM _____ _____ DATE _____	CHEF D'ÉQUIPE  NOM _____ _____ DATE _____	CONTRÔLE BUREAU  _____ _____	SAISI PAR  _____ _____																

**TABLEAU DE MÉNAGE**

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

N <sup>o</sup> .LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE		RÉSIDENCE		ÂGE Quel âge a (NOM)?	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?	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS		ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-64 ANS SI ENQUÊTE HOMME OUI	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(9A)	
			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 POUR Q.3: LIENS DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE :

01 = CHEF DE MÉNAGE  
02 = MARI OU FEMME  
03 = FILS OU FILLE

05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE  
06 = PÈRE OU MÈRE  
07 = FRÈRE OU SŒUR

10 = AUTRES PARENTS  
11 = ENFANT ADOPTÉ/EN GARDE  
12 = SANS PARENTÉ

N° LIGNE	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)	(17)	(18)	(19)	(20)	
	OUI NON NSP		OUI NON NSP		OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	NIVEAU CLASSE	
01	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 ALLER 2 À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	
02	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 ALLER 2 À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	
03	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 ALLER 2 À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	
04	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 ALLER 2 À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	
05	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 ALLER 2 À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	
06	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 ALLER 2 À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	
07	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 ALLER 2 À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	
08	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 ALLER 2 À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	
09	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 ALLER 2 À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	
10	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 ALLER 2 À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	

\*\* Q.10 À Q.13

CES QUESTIONS CONCERNENT LES PARENTS BIOLOGIQUES DE L'ENFANT. AUX Q.11 ET Q.13, NOTER '91' SI LES PARENTS NE SONT PAS MEMBRES DU MÉNAGE MAIS VIVENT DANS LA SOUS-PREFECTURE

'92' QUAND ILS VIVENT DANS UNE AUTRE SOUS-PREFECTURE DU BÉNIN ET

'93' S'ILS VIVENT A L'ETRANGER.

'98' NE SAIT PAS

\*\*\* CODES POUR Q.15, 18 ET 20

NIVEAU D'INSTRUCTION :

1 = PRIMAIRE  
2 = SECONDAIRE  
3 = SUPÉRIEUR  
8 = NE SAIT PAS

CLASSE:

00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHÉVÉE  
98 = NE SAIT PAS

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 ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-64 ANS SI ENQUÊTE HOMME OUI
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(9A)	
			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	
NOMBRE TOTAL DE FEMMES ELIGIBLES DANS LE MENAGE							<input type="text"/>			
NOMBRE D'ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS DANS LE MENAGE								<input type="text"/>		
NOMBRE TOTAL D'HOMMES ELIGIBLES DANS LE MENAGE									<input type="text"/>	

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

01 = CHEF DE MÉNAGE

02 = MARI OU FEMME

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 = CO-ÉPOUSE

10 = AUTRES PARENTS

11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE

12 = SANS PARENTÉ

98 = NE SAIT PAS

N° .LIGNE	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)	(17)	(18)	(19)	(20)
	OUI NON NSP		OUI NON NSP		OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NON	NIVEAU CLASSE
11	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER ↓ À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
12	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER ↓ À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
13	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER ↓ À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
14	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER ↓ À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
15	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER ↓ À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
16	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER ↓ À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
17	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER ↓ À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
18	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER ↓ À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
19	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER ↓ À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>
20	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 8	<input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ALLER ↓ À 19	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 LIGNE. ↓ SUIVANT.	<input type="text"/> <input type="text"/>

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 porté sur la liste? OUI  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 ou des amis qui vivent habituellement ici? OUI  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  NON



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
24B	Où jetez-vous vos eaux usées?	CANIVEAU FERMÉ .....11 CANIVEAU À CIEL OUVERT .....12 FOSSE SCEPTIQUE .....13 PUITS PERDUS.....14 ÉGOUTS .....15 DANS LA COUR .....16 DANS LA NATURE/DEHORS.....17  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
25	Dans votre ménage, y-a-t-il :  L'électricité? Une radio? Une télévision? Un téléphone? Un réfrigérateur?	OUI NON ÉLECTRICITÉ .....1 2 RADIO .....1 2 TÉLÉVISION .....1 2 TÉLÉPHONE.....1 2 RÉFRIGÉRATEUR.....1 2	
26	Dans votre ménage, quel moyen énergétique de cuisson utilisez-vous <u>principalement</u> pour la cuisine?	BOIS.....01 CHARBON DE BOIS.....02 ELECTRICITE .....03 GAZ.....04 PETROLE.....05 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
26A	Dans votre ménage, quel moyen énergétique d'éclairage utilisez-vous <u>principalement</u> ?	ELECTRICITE .....11 PETROLE.....21 GAZ .....22 HUILE .....31 ENERGIE SOLAIRE.....41 GROUPE ELECTROGENE COMMUNAUTAIRE..... 51 GROUPE ELECTROGENE PRIVE..... 52 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
27	<u>PRINCIPAL</u> MATÉRIAU DU SOL  ENREGISTRER L'OBSERVATION.	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> TERRE/SABLE .....11 BOUSE.....12  <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> BOIS PLANCHES .....21 PALMES/BAMBOUS.....22  <b>MATÉRIAU MODERNE</b> PARQUET OU BOIS POLI.....31 CARREAUX .....32 CIMENT .....33  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
27B	<u>PRINCIPAL</u> MATÉRIAU DU MUR  ENREGISTRER L'OBSERVATION.	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> TERRE .....11 PIERRE .....12  <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> BOIS PLANCHES .....21 PALMES/BAMBOUS.....22  <b>MATÉRIAU MODERNE</b> BRIQUE .....31 SEMI-DUR .....32  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
27C	<p><u>PRINCIPAL</u> MATÉRIAU DU TOIT</p> <p>ENREGISTRER L'OBSERVATION.</p>	<p><b>MATÉRIAU NATUREL</b>  TERRE ..... 11  PAILLE ..... 12</p> <p><b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b>  BOIS PLANCHES ..... 21  PALMES/BAMBOUS ..... 22</p> <p><b>MATÉRIAU MODERNE</b>  TÔLE ..... 31  TUILE ..... 32  DALLE ..... 33</p> <p>AUTRE ..... 96  (PRÉCISER)</p>	
28	<p>Dans votre ménage, y-a-t-il quelqu'un qui possède :</p> <p>Une bicyclette?  Une mobylette ou une motocyclette?  Une voiture ou un camion?  Une pirogue ?</p>	<p>OUI NON</p> <p>BICYCLETTE ..... 1 2  MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE . 1 2  VOITURE/CAMION ..... 1 2  PIROGUE ..... 1 2</p>	
29	<p>Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir?</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2</p>	→ 33
30	<p>VÉRIFIER LES COLONNES (6) ET (7) :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS QUI ONT DORMI DANS LE MÉNAGE LA NUIT DERNIÈRE</p> <p>AUCUN <input type="checkbox"/> _____</p> <p>UN <input type="checkbox"/> _____</p> <p>DEUX OU PLUS <input type="checkbox"/> _____</p>		→ 33 → 32
31	<p>Est ce que, la nuit dernière, (NOM) a dormi sous une moustiquaire?</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2</p>	→ 33
32	<p>Parmi les enfants de moins de 6 ans qui ont dormi dans le ménage la nuit dernière, tous ont-ils dormi sous une moustiquaire, certains d'entre eux ou aucun?</p>	<p>TOUS ..... 1  CERTAINS ..... 2  AUCUN ..... 3</p>	
33	<p>Dans votre ménage, y-a-t-il un endroit pour se laver les mains?</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2</p>	→ 35
34	<p>DEMANDER À VOIR L'ENDROIT LE PLUS SOUVENT UTILISÉ POUR SE LAVER LES MAINS ET VÉRIFIER SI LES OBJETS SUIVANTS S'Y TROUVENT</p>	<p>OUI NON</p> <p>EAU/ROBINET ..... 1 2  SAVON, CENDRE OU AUTRE  PRODUIT LAVANT ..... 1 2  CUVETTE ..... 1 2</p>	
<b>TEST DE L'IODE</b>			
35	<p>DEMANDER À L'ENQUÊTÉE UNE CUILLÈRE DE SEL. TESTER LE SEL POUR VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'IODE.</p> <p>ENREGISTRER LES PPM (PARTS PAR MILLION).</p>	<p>0 PPM (PAS D'IODE) ..... 1  7 PPM ..... 2  15 PPM ..... 3  30 PPM ..... 4  PAS DE SEL A LA MAISON ..... 5</p>	→ 36
35B	<p>TYPE DE SEL?</p> <p>ENREGISTRER L'OBSERVATION</p>	<p>TYPE DE SEL</p> <p>SEL FIN ..... 1  SEL GRANULÉ (DOUX OU DUR) ..... 2  SEL EN MORCEAUX ..... 3</p> <p>AUTRE ..... 6  (PRÉCISER)</p>	



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
35C	VÉRIFIER SI LE RÉCIPIENT QUI CONTIENT LE SEL EST FERMÉ OU OUVERT?  ENREGISTRER L'OBSERVATION	CONSERVATION DU SEL RÉCIPIENT FERMÉ..... 1 RÉCIPIENT OUVERT ..... 2  AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	

**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 15-49				POIDS ET TAILLE DES FEMMES DE 15-49			
N° DE LIGNE DE LA COL.(8)	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
(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"/>

ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS				POIDS ET TAILLE DES ENFANTS NÉS DEPUIS JANVIER 1996			
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			ALLOG.DEBOUT	
<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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	1 2	<input type="text"/>

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

VÉRIFIER PAGE DE COUVERTURE :

TEST D'ANEMIE OUI

TEST D'ANEMIE NON

→FIN

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)	ACTUELLEMENT 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 ← 2	<input type="checkbox"/>	1 ↓ SIGNER _____ LIGNE SUIVANTE ← 2	<input type="checkbox"/>	1    2	<input type="checkbox"/>
1 ALLER À 46 ← 2	<input type="checkbox"/>	1 ↓ SIGNER _____ LIGNE SUIVANTE ← 2	<input type="checkbox"/>	1    2	<input type="checkbox"/>
1 ALLER À 46 ← 2	<input type="checkbox"/>	1 ↓ SIGNER _____ LIGNE SUIVANTE ← 2	<input type="checkbox"/>	1    2	<input type="checkbox"/>
1 ALLER À 46 ← 2	<input type="checkbox"/>	1 ↓ SIGNER _____ LIGNE SUIVANTE ← 2	<input type="checkbox"/>	1    2	<input type="checkbox"/>
1 ALLER À 46 ← 2	<input type="checkbox"/>	1 ↓ SIGNER _____ LIGNE SUIVANTE ← 2	<input type="checkbox"/>	1    2	<input type="checkbox"/>

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS NÉS DEPUIS JANVIER 1996

	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 * ENCERCLER 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"/>
	<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 POUR LE CONSENTEMENT**

Dans cette étude, 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 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 depuis Janvier 1996) 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.

50	VÉRIFIER 5, 47 ET 48:	<p>NOMBRE DE RÉSIDENTS HABITUELS DONT LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE EST INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE * **</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNE OU PLUS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <p>↓</p> <p>DONNER À CHAQUE FEMME/PARENT/ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE ET CONTINUER AVEC Q.51.</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUNE</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <p>↓</p> <p>DONNER À LA FEMME/PARENT/ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE ET C'EST LA FIN DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE</p> </div> </div>
----	-----------------------	---

51	<p>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?</p> <p>APRÈS AVOIR LU LA DÉCLARATION CI-DESSUS, J'AI CONSTATÉ QUE (NOM) ACCEPTE/N'ACCEPTE PAS QUE L'INFORMATION SOIT TRANSMISE POUR LES RÉSIDENTS HABITUELS SUIVANTS QUI SE SITUENT EN-DESSOUS DU SEUIL CRITIQUE</p>
----	--

52	<b>FEMMES DE 18-49 ANS</b>		
	NOM DE LA PERSONNE QUI SE SITUE EN-DESSOUS DU SEUIL CRITIQUE	NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE	ACCEPTÉ QUE L'INFORMATION SOIT TRANSMISE
			OUI      NON
	1) _____		1      2
	2) _____		1      2
	3) _____		1      2

53	<b>FEMMES DE 15-17 ANS ET ENFANTS</b>		
	NOM DE LA PERSONNE QUI SE SITUE EN-DESSOUS DU SEUIL CRITIQUE	NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE	ACCEPTÉ QUE L'INFORMATION SOIT TRANSMISE
			OUI      NON
	1) _____	1) _____	1      2
	2) _____	2) _____	1      2
	3) _____	3) _____	1      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. Modifier le mois et l'année en fonction de la date de fermeture des écoles et de l'année au cours de laquelle a lieu l'enquête.

**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: \_\_\_\_\_