

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
QUESTIONNAIRE STANDARD MÉNAGE

FRANÇAIS LANGUAGE: janvier 2018

REPUBLIQUE DE GUINEE
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION													
NOM DE LA LOCALITÉ _____													
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____													
NUMÉRO DE GRAPPE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													
NUMÉRO DU MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													
REGION ADMINISTRATIVE													
REGION NATURELLE													
NUMÉRO DISTRICT SANITAIRE													
MILIEU DE RESIDENCE (1= VILLE DE CONAKRY, 2=AUTRE VILLE, 3=RURAL)													
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME/TESTS/DÉPENSES DE SANTÉ ? (1=OUI, 2=NON)													
VISITES D'ENQUÊTEURS													
	1	2	3	VISITE FINALE									
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
				MOIS									
NOM DE L'ENQUÊTEUR/ ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>8</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	2	0	1	8					
2	0	1	8										
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	No ENQUÊT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		RÉSULTAT* <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
*CODES RÉSULTAT :				TOTAL DE PERSONNES DANS LE MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
1 REMPLI				TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT À LA MAISON, AU MOMENT DE LA VISITE				TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
4 DIFFÉRÉ				No DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR LE QUESTION- NAIRE MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
5 REFUSÉ													
6 LOGEMENT VACANT OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE													
7 LOGEMENT DÉTRUIT													
8 LOGEMENT NON TROUVÉ													
9 AUTRE _____ (PRÉCISEZ)													
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td></tr></table>	0	1	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ**	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
0	1												
				TRADUCTEUR	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	FRANÇAIS	**CODES LANGUES :											
		01 FRANÇAIS	03 PEUL	05 KISSI	07 KPELE								
		02 SOUSSOU	04 MALINKE	06 LOMA	08 AUTRE _____								
CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLE BUREAU											
NOM	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					NUMÉRO	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			NUMÉRO	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		

CETTE PAGE EST LAISSÉE BLANCHE INTENTIONNELLEMENT

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

(2)

Bonjour. Je m'appelle _____ . Je travaille pour l'Institut National de la Statistique. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets de la Guinée. Les informations que nous collectons aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage. Les questions prennent habituellement entre 15 et 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autres que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête, mais nous espérons que vous accepterez de répondre à nos questions car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter les personnes figurant sur cette carte.

DONNEZ LA CARTE AVEC LES INFORMATIONS POUR CONTACTER CES PERSONNES

Avez-vous des questions à me poser ?
Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR _____ DATE _____

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE
D'ÊTRE INTERVIEWÉ ... 1

L'ENQUÊTÉ REFUSE
D'ÊTRE INTERVIEWÉ ... 2 → FIN



100	NOTEZ L'HEURE.	HEURES <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>				

TABLEAU MÉNAGE

No LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	ÉLIGIBILITÉ		
				ÉTAT MATRIMONIAL	9		10	11		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage. APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE. POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ? VOIR CODES CI-DESSOUS.	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ? SI 95 OU PLUS, NOTEZ '95'.	Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ? 1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN	ENCERCLEZ LE No DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	SI MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME ENCERCLEZ LE No DE LIGNE DE TOUTES LES HOMMES DE 15-59 ANS	ENCERCLEZ LE No DE LIGNE DE TOUTES LES ENFANTS DE 0-5 ANS
01		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <input type="text"/>	<input type="text"/>	01	01	01
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	02	02	02
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	03	03	03
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	04	04	04
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05	05	05
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	06	06	06
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	07	07	07
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	08	08	08
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	09	09	09
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10	10	10

2A) Juste pour être sûre que j'ai une liste complète : y a-t-il d'autres personnes comme des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas listés ? OUI AJOUTEZ AU TABLEAU NON

2B) Y a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille, comme des domestiques, locataires ou amis qui vivent habituellement ici ? OUI AJOUTEZ AU TABLEAU NON

2C) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listés ? OUI AJOUTEZ AU TABLEAU NON

- CODES POUR Q. 3: LIEN DE PARENTÉ AVEC CHEF DE MÉNAGE**
- 01 = CHEF DE MÉNAGE
 - 02 = FEMME/MARI/ COÉPOUSE
 - 03 = FILS OU FILLE
 - 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
 - 05 = PETIT FILS/FILLE
 - 06 = PÈRE/MÈRE
 - 07 = BEAU-PARENT/ BEAU PÈRE/BELLE-MÈRE
 - 08 = FRÈRE OU SOEUR
 - 09 = AUTRE PARENT
 - 10 = ADOPTÉ/ EN GARDE/ ENFANT DE LA FEMME/MARI
 - 11 = SANS PARENTÉ
 - 12 = BEAU-FRÈRE/ BELLE-SOEUR
 - 98 = NE SAIT PAS

TABLEAU MÉNAGE

No LIGNE	SI 0-17 ANS				SI 5 ANS OU PLUS		SI 5-24 ANS		SI 0-4 ANS	SI LE MENAGE EST SELECTIONNE POUR LE MODULE DEPENSES DE SANTE			
	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE/RÉCENTE		ENREGISTREMENT DES NAISSANCES	HOSPITALISE		NON HOSPITALISE	
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	20B	20C	20D	20E
	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ? SI OUI : Quel est son nom ? NOTEZ LE No DE LIGNE DE LA MÈRE. SI NON, NOTEZ '00'.	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ? SI OUI : Quel est son nom ? NOTEZ LE No DE LIGNE DU PÈRE. SI NON, NOTEZ '00'.	(NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ? Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ? VOIR CODES CI-DESSOUS.	(Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire 2017-2018 ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ? VOIR CODES CI-DESSOUS.	(NOM) a-t-il/elle un certificat de naissance ? SI NON, INSISTEZ : La naissance de (NOM) a-t-elle été enregistrée à l'état civil ? 1 = A UN CERTIFICAT 2 = ENREGISTRÉE 3 = NI L'UN, NI L'AUTRE 8 = NE SAIT PAS	Au cours des six derniers mois (NOM) a-t-il passé la nuit dans une structure de santé pour des raisons de soins médicaux?	ENCERCLER LE NUMERO DE LIGNE DU MEMBRE DU MENAGE ELIGIBLE POUR LE MODULE HOSPITALISATION VERIFIER COLONNE 20B : CODE '1' 'OUI'	Au cours des quatre dernières semaines (NOM) a-t-il reçu des soins de la part d'un prestataire de santé ou d'un pharmacien sans passer la nuit ?	ENCERCLER LE NUMERO DE LIGNE DU MEMBRE DU MENAGE ELIGIBLE POUR LE MODULE NON HOSPITALISATION VERIFIER COLONNE 20D : CODE '1' 'OUI'
01	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLER A 20B	NIVEAU CLASSE <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLER A 20B	NIVEAU CLASSE <input type="text"/>	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLER A 20D	01	O N NSP 1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	01
02	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER A 20D	02	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	02
03	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER A 20D	03	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	03
04	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER A 20D	04	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	04
05	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER A 20D	05	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	05
06	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER A 20D	06	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	06
07	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER A 20D	07	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	07
08	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER A 20D	08	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	08
09	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER A 20D	09	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	09
10	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER A 20D	10	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	10

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

NIVEAU	PRIMAIRE=1 (Q.17)	SECONDAIRE 1 (COLLEGE)=2	SECONDAIRE 2 (LYCÉE)=3	SECONDAIRE SPÉCIAL (PROF. A)=4	SUPÉRIEUR=5	SUPÉRIEUR SPÉCIAL (PROF. B)=6
CLA	1ère ANNÉE=01	7ème ANNÉE=01	11ème ANNÉE=01	PROFES. A1 (1ère ANNÉE)=01	1ère année=01	PROFES. B1 (1ère ANNÉE)=01
(Q.1)	2ème ANNÉE=02	8ème ANNÉE=02	12ème ANNÉE=02	PROFES. A2 (2ème ANNÉE)=02	2ème année=02	PROFES. B2 (2ème ANNÉE)=02
	3ème ANNÉE=03	9ème ANNÉE=03	13ème ANNÉE (TERMINALE)=03	PROFES. A3 (3ème ANNÉE)=03	3ème année=03	PROFES. B3 (3ème ANNÉE)=03
	4ème ANNÉE=04	10ème ANNÉE=04			4ème année=04	
	5ème ANNÉE=05				5ème année=05	
	6ème ANNÉE=06				6ème année	
MOINS D'UNE ANNÉE ACHÉVÉE = 00						

TABLEAU MÉNAGE

No LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	ÉLIGIBILITÉ		
				ÉTAT MATRIMONIAL	9		10	11		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage. APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE. POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPRO- PRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ? VOIR CODES CI-DESSOUS.	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/ elle ici habituellement ?	(NOM) a t-il/ elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ? SI 95 OU PLUS, NOTEZ '95'.	Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ? 1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN	ENCER- CLEZ LE No DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	SI MÉNAGE SÉLEC- TIONNÉ POUR ENQUÊ- TE HOMME ENCER- CLEZ LE No DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS	ENCER- CLEZ LE No DE LIGNE DE TOUTES LES ENFANTS DE 0-5 ANS
11		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <input type="text"/>	<input type="text"/>	11	11	11
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	12	12	12
13		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	13	13	13
14		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	14	14	14
15		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	15	15	15
16		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	16	16	16
17		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	17	17	17
18		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	18	18	18
19		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	19	19	19
20		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20	20	20

COCHEZ ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

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

- | | |
|----------------------------|--|
| 01 = CHEF DE MÉNAGE | 07 = BEAU-PARENT/BEAU PÈRE/BELLE-MÈRE |
| 02 = FEMME/MARI/ COÉPOUSE | 08 = FRÈRE OU SOEUR |
| 03 = FILS OU FILLE | 09 = AUTRE PARENT |
| 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE | 10 = ADOPTÉ /EN GARDE/ ENFANT DE LA FEMME/MARI |
| 05 = PETIT FILS/FILLE | 11 = SANS PARENTÉ |
| 06 = PÈRE/MÈRE | 12 = BEAU-FRÈRE/BELLE-SOEUR |
| | 98 = NE SAIT PAS |

TABLEAU MÉNAGE

No LIGNE	SI 0-17 ANS				SI 5 ANS OU PLUS		SI 5-24 ANS		SI 0-4 ANS	SI LE MENAGE EST SELECTIONNE POUR LE MODULE DEPENSES DE SANTE			
	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE/RÉCENTE		ENREGISTREMENT DES NAISSANCES	HOSPITALISE		NON HOSPITALISE	
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	20B	20C	20D	20E
	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ? SI OUI : Quel est son nom ? NOTEZ LE No DE LIGNE DE LA MÈRE. SI NON, NOTEZ '00'.	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ? SI OUI : Quel est son nom ? NOTEZ LE No DE LIGNE DU PÈRE. SI NON, NOTEZ '00'.	(NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ? Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ? VOIR CODES CI-DESSOUS.	(Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire 2017-2018 ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ? VOIR CODES CI-DESSOUS.	(NOM) a-t-il/elle un certificat de naissance ? SI NON, INSISTEZ : La naissance de (NOM) a-t-elle été enregistrée à l'état civil ? 1 = A UN CERTIFICAT 2 = ENREGISTRÉE 3 = NI L'UN, NI L'AUTRE 8 = NE SAIT PAS	Au cours des six derniers mois (NOM) a-t-il passé la nuit dans une structure de santé pour des raisons de soins médicaux?	ENCERCLER LE NUMERO DE LIGNE DU MEMBRE DU MENAGE ELIGIBLE POUR LE MODULE HOSPITALISATION VERIFIER COLONNE 20B : CODE '1' 'OUI'	Au cours des quatre dernières semaines (NOM) a-t-il reçu des soins de la part d'un prestataire de santé ou d'un pharmacien sans passer la nuit ?	ENCERCLER LE NUMERO DE LIGNE DU MEMBRE DU MENAGE ELIGIBLE POUR LE MODULE NON HOSPITALISATION VERIFIER COLONNE 20D : CODE '1' 'OUI'
11	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLER A 20B	NIVEAU CLASSE <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLER A 20B	NIVEAU CLASSE <input type="text"/>	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLER A 20D	11	O N NSP 1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	11
12	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER A 20D	12	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	12
13	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER A 20D	13	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	13
14	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER A 20D	14	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	14
15	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER A 20D	15	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	15
16	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER A 20D	16	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	16
17	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER A 20D	17	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	17
18	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER A 20D	18	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	18
19	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER A 20D	19	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	19
20	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER A 20B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLER A 20D	20	1 2 8 ↓ LIGNE SUIVANTE	20

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

NIVEAU (Q.17)	PRIMAIRE=1	SECONDAIRE 1 (COLLEGE)=2	SECONDAIRE 2 (LYCÉE)=3	SECONDAIRE SPÉCIAL (PROF. A)=4	SUPÉRIEUR =5	SUPÉRIEUR SPÉCIAL (PROF. B)=6
CLA	1ère ANNÉE=01	7ème ANNÉE=01	11ème ANNÉE=01	PROFES. A1	1ère année=01	PROFES. B1
(Q.1)	2ème ANNÉE=02	8ème ANNÉE=02	12ème ANNÉE=02	(1ère ANNÉE)=01	2ème année=02	(1ère ANNÉE)=01
	3ème ANNÉE=03	9ème ANNÉE=03	13ème ANNÉE	PROFES. A2	3ème année=03	PROFES. B2
	4ème ANNÉE=04	10ème ANNÉE=04	(TERMINALE)=03	(2ème ANNÉE)=02	4ème année=04	(2ème ANNÉE)=02
	5ème ANNÉE=05			PROFES. A3	5ème année=05	PROFES. B3
	6ème ANNÉE=06			(3ème ANNÉE)=03	6ème année	(3ème ANNÉE)=03
MOINS D'UNE ANNÉE ACHÉVÉE = 00						
NIVEAU OU CLASSE NE SAIT PAS (NSP)=98						

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	<p>EAU DU ROBINET ROBINET DANS LOGEMENT 11 ROBINET DANS COUR/PARCELLE 12 ROBINET CHEZ UN VOISIN 13 ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE 14</p> <p>PUITS À POMPE OU FORAGE 21</p> <p>PUITS CREUSÉ PUIITS PROTÉGÉ 31 PUIITS NON PROTÉGÉ 32</p> <p>EAU DE SOURCE SOURCE PROTÉGÉE 41 SOURCE NON PROTÉGÉE 42</p> <p>EAU DE PLUIE 51 CAMION CITERNE 61 CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/ TONNEAU 71 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/BARRAGE/LAC/ MARE/FLEUVE/CANAL/ CANAL D'IRRIGATION) 81 EAU EN BOUTEILLE (EAU MINÉRALE) 91 EAU EN SACHET 92</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 106</p> <p>→ 103</p> <p>→ 103</p>
102	D'où provient principalement l'eau utilisée par votre ménage à d'autres fins comme pour faire la cuisine et se laver les mains ?	<p>EAU DU ROBINET ROBINET DANS LOGEMENT 11 ROBINET DANS COUR/PARCELLE 12 ROBINET CHEZ UN VOISIN 13 ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINÉ 14</p> <p>PUITS À POMPE OU FORAGE 21</p> <p>PUITS CREUSÉ PUIITS PROTÉGÉ 31 PUIITS NON PROTÉGÉ 32</p> <p>EAU DE SOURCE SOURCE PROTÉGÉE 41 SOURCE NON PROTÉGÉE 42</p> <p>EAU DE PLUIE 51 CAMION CITERNE 61 CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/ TONNEAU 71 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/BARRAGE/LAC/ MARE/FLEUVE/CANAL/ CANAL D'IRRIGATION) 81</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 106</p>
103	Où est située cette source d'approvisionnement de l'eau ?	<p>DANS VOTRE LOGEMENT 1 DANS VOTRE COUR/PARCELLE 2 AILLEURS 3</p>	<p>→ 105</p>
104	Combien de temps faut-il pour s'y rendre, prendre l'eau et revenir ?	<p>MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
113	Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour cuisiner ?	ÉLECTRICITÉ 01 GAZ PROPANE LIQUÉFIÉ (GPL) 02 GAZ NATUREL 03 BIOGAZ 04 KEROSÈNE 05 CHARBON, LIGNITE 06 CHARBON DE BOIS 07 BOIS/SCIURE DE BOIS 08 PAILLE/BRANCHAGES/HERBES 09 RÉSIDUS AGRICOLES 10 BOUSE 11 PAS DE REPAS PRÉPARÉ DANS LE MÉNAGE . 95 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 116
114	Est-ce que la cuisine est faite habituellement dans la maison, dans un bâtiment séparé ou à l'extérieur ?	DANS LA MAISON 1 DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ 2 À L'EXTÉRIEUR 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	→ 116
115	Avez-vous une pièce séparée que vous utilisez comme cuisine ?	OUI 1 NON 2	
116	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
117	Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux, d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?	OUI 1 NON 2	→ 119
118	Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède-t-il ? SI AUCUN, NOTEZ '00'. SI 95 OU PLUS, NOTEZ '95'. SI NE SAIT PAS, NOTEZ '98'. a) Vaches laitières ou taureaux ? b) Autre bétail ? c) Chevaux, ânes ou mules ? d) Chèvres ? e) Moutons ? f) Porcs ? g) Canards ? h) Poulets ? i) Pintades/autre volaille ? j) Autre ?	a) VACHES/TAUREAUX <input type="text"/> <input type="text"/> b) AUTRE BÉTAIL <input type="text"/> <input type="text"/> c) CHEVAUX/ÂNES/MULES <input type="text"/> <input type="text"/> d) CHÈVRES <input type="text"/> <input type="text"/> e) MOUTONS <input type="text"/> <input type="text"/> f) PORCS <input type="text"/> <input type="text"/> g) CANARDS <input type="text"/> <input type="text"/> h) POULETS <input type="text"/> <input type="text"/> i) PINTADES/AUTRE VOLAILLE <input type="text"/> <input type="text"/> j) AUTRE <input type="text"/> <input type="text"/>	
119	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?	OUI 1 NON 2	→ 121
120	Combien d'hectares de terres cultivables les membres du ménage possèdent-ils ? SI 95 OU PLUS, ENCERCLEZ '950'.	HECTARES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 95 HECTARES OU PLUS 950 NE SAIT PAS 998	

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLEZ À
121	Dans ce ménage, avez-vous : a) L'électricité EDG ? b) L'électricité autre source ? c) Un poste radio ? d) Une télévision ? e) Un ventilateur ? f) Un réfrigérateur/congélateur ? g) Un rechaud à gaz/électrique ? h) Table ? i) Chaise ? j) Armoire/Placard ? k) Fauteuil/canapé ? l) Bibliothèque ? m) Un ordinateur de bureau ? n) Un ordinateur portable ? o) Une montre pendule ? p) Un climatiseur ?	OUI a) ÉLECTRICITÉ 1 b) ÉLECTRICITÉ AUTRE SOURCE 1 c) RADIO 1 d) TÉLÉVISION 1 e) VENTILATEUR 1 f) RÉFRIGÉRATEUR/CONGELATEUR 1 g) RECHAUD A GAZ/ELECTR. ... 1 h) TABLE 1 i) CHAISE 1 j) ARMOIRE/PLACARD 1 k) FAUTEUIL 1 l) BIBLIOTHEQUE 1 m) ORDINATEUR DE BUREAU ... 1 n) ORDINATEUR PORTABLE ... 1 o) MONTRE PENDULE 1 p) CLIMATISEUR 1	NON 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	
122	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède : a) Une montre ? b) Un téléphone portable simple ? c) Un téléphone portable Android/Iphone ? d) Une bicyclette ? e) Une motocyclette ou un scooter ? f) Une charrette tirée par un animal ? g) Une voiture ou une camionnette ? h) Un bateau à moteur ? i) Pirogue/Canoe ?	OUI a) MONTRE 1 b) TÉLÉPHONE PORT. SIMPL. 1 c) TÉLÉPHONE PORTABLE ANDROID/IPHONE 1 d) BICYCLETTE 1 e) MOTOCYCLETTE/SCOOTER ... 1 f) CHARRETTE AVEC ANIMAL 1 g) VOITURE/CAMIONNETTE ... 1 h) BATEAU À MOTEUR 1 i) PIROGUE/CANOE 1	NON 2 2 2 2 2 2 2 2 2	
123	Est-ce qu'un membre de votre ménage a un compte en banque ?	OUI 1 NON 2		
124	Est-ce qu'il arrive que quelqu'un fume dans votre maison ? Diriez-vous que cela arrive tous les jours, une fois par semaine, une fois par mois, moins d'une fois par mois ou jamais ?	TOUS LES JOURS 1 UNE FOIS PAR SEMAINE 2 UNE FOIS PAR MOIS 3 MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS 4 JAMAIS 5		
127	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires ?	OUI 1 NON 2		→ 139
128	Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il ? SI 7 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, NOTEZ '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES <input type="text"/>		

MOUSTIQUAIRES

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
129	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER TOUTES LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE. SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE 2	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE 2	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE 2
130	Cela fait combien de mois que votre ménage a la moustiquaire ? SI MOINS D'UN MOIS, NOTEZ '00'.	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98
131	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LA MARQUE/TYPE DE LA MOUSTI-QUAIRE. SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE ET SI VOUS NE POUVEZ PAS VOIR LA MOUSTI-QUAIRE, MONTREZ À L'ENQUÊTÉ DES PHOTOS DE MARQUES ET DE TYPES COURANTS DE MOUSTIQUAIRE.	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE À LONGUE DURÉE D'ACTION (MIILDA) OLYSET 11 PERMANET 12 INTERCEPTOR 13 NETPROTEC 14 YORKOOL 15 AUTRE/NE CONNAIT PAS LA MARQUE 16 AUTRE TYPE 96 NE CONNAÎT PAS TYPE . 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE À LONGUE DURÉE D'ACTION (MIILDA) OLYSET 11 PERMANET 12 INTERCEPTOR 13 NETPROTEC 14 YORKOOL 15 AUTRE/NE CONNAIT PAS LA MARQUE 16 AUTRE TYPE 96 NE CONNAÎT PAS TYPE . 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE À LONGUE DURÉE D'ACTION (MIILDA) OLYSET 11 PERMANET 12 INTERCEPTOR 13 NETPROTEC 14 YORKOOL 15 AUTRE/NE CONNAIT PAS LA MARQUE 16 AUTRE TYPE 96 NE CONNAÎT PAS TYPE . 98
134	Avez-vous obtenu la moustiquaire à l'occasion de la campagne de 2009 (c'est-à-dire il y a 8 ou 9 ans), de 2013 (c'est-à-dire il y a 4 ou 5 ans) ou de 2016 (c'est à dire il y a 1 ou 2 ans), durant une visite prénatale ou au cours d'une visite pour une vaccination ?	OUI, CAMPAG. 2009 ... 1 OUI, CAMPAG. 2013 ... 2 OUI, CAMPAG. 2016 ... 3 OUI, CAMP. MAIS NSP .. 4 OUI, PRÉNATALE 5 OUI, VISITE POUR VACCINATION 6 (ALLEZ À 136) ← NON 7	OUI, CAMPAG. 2009 ... 1 OUI, CAMPAG. 2013 ... 2 OUI, CAMPAG. 2016 ... 3 OUI, CAMP. MAIS NSP .. 4 OUI, PRÉNATALE 5 OUI, VISITE POUR VACCINATION 6 (ALLEZ À 136) ← NON 7	OUI, CAMPAG. 2009 ... 1 OUI, CAMPAG. 2013 ... 2 OUI, CAMPAG. 2016 ... 3 OUI, CAMP. MAIS NSP .. 4 OUI, PRÉNATALE 5 OUI, VISITE POUR VACCINATION 6 (ALLEZ À 136) ← NON 7
135	Où avez-vous obtenu la moustiquaire ?	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DU GOV 01 ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ 02 PHARMACIE 03 BOUTIQUE/MARCH 04 AGENT SANTÉ COMMUN 05 INSTITUTION RELIGIEUSE 06 ÉCOLE 07 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DU GOV 01 ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ 02 PHARMACIE 03 BOUTIQUE/MARCH 04 AGENT SANTÉ COMMUN 05 INSTITUTION RELIGIEUSE 06 ÉCOLE 07 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DU GOV 01 ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ 02 PHARMACIE 03 BOUTIQUE/MARCH 04 AGENT SANTÉ COMMUN 05 INSTITUTION RELIGIEUSE 06 ÉCOLE 07 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98

MOUSTIQUAIRES

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
136	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 138) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 138) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 138) ← PAS SÛR 8
137	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ? INSCRIVEZ LE NOM DE LA PERSONNE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DU TABLEAU MÉNAGE.	NOM _____ No DE _____ LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE _____ LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE _____ LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____ No DE _____ LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE _____ LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE _____ LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____ No DE _____ LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE _____ LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE _____ LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____ No DE _____ LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE _____ LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No DE _____ LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
138		RETOURNEZ À 129 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS DE MOUSTIQUAIRE, ALLEZ À Q.139.	RETOURNEZ À 129 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS DE MOUSTIQUAIRE, ALLEZ À Q.139.	ALLEZ À 129, PREMIÈRE COL. D'UN NOUVEAU QUESTIONNAIRE; SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE, ALLEZ À Q.139.

AUTRES CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
139	Nous voudrions connaître l'endroit utilisé par les membres du ménage pour se laver les mains. Pouvez-vous me montrer, s'il vous plait, où les membres du ménage se lavent les mains ?	OBSERVÉ, ENDROIT FIXE 1 OBSERVÉ, NON FIXE 2 NON OBSERVÉ, PAS DANS LOGEMENT /COUR/PARCELLE ... 3 NON OBSERVÉ, PERMISSION DE VOIR NON OBTENUE 4 NON OBSERVÉ, AUTRE RAISON 5	} → 142
140	OBSERVEZ LA PRÉSENCE D'EAU À L'ENDROIT UTILISÉ POUR SE LAVER LES MAINS. NOTEZ L'OBSERVATION.	EAU DISPONIBLE 1 EAU NON DISPONIBLE 2	
141	OBSERVEZ LA PRÉSENCE DE SAVON, DE DÉTERGENT OU D'AUTRES PRODUITS NETTOYANTS À L'ENDROIT UTILISÉ POUR SE LAVER LES MAINS NOTEZ L'OBSERVATION.	SAVON OU DÉTERGENT (EN MORCEAU, LIQUIDE, POUDRE, PÂTE) A CENDRE, BOUE, SABLE B AUCUN Y	
142	OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DU SOL DU LOGEMENT. NOTEZ L'OBSERVATION	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE 11 BOUSE 12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE PLANCHES EN BOIS 21 PALMES/BAMBOU 22 MATÉRIAU ÉLABORÉ PARQUET OU BOIS CIRÉ 31 BANDES DE VINYLE/ASPHALTE 32 CARRELAGE 33 CIMENT 34 MOQUETTE 35 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
143	OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DU TOIT DU LOGEMENT. NOTEZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL PAS DE TOIT 11 CHAUME/PALMES/FEUILLES 12 MOTTES DE TERRE 13 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE NATTE 21 PALMES/BAMBOU 22 PLANCHES EN BOIS 23 CARTON 24 MATÉRIAU ÉLABORÉ TÔLE 31 BOIS 32 ZINC/FIBRE DE CIMENT 33 TUILES 34 CIMENT 35 SHINGLES 36 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

AUTRES CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
144	<p>OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DES MURS EXTÉRIEURS DU LOGEMENT.</p> <p>NOTEZ L'OBSERVATION.</p>	<p>MATÉRIAU NATUREL</p> <p>PAS DE MUR 11</p> <p>BAMBOU/CANE/PALME/TRONC 12</p> <p>TÈRRE 13</p> <p>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</p> <p>BAMBOU AVEC BOUE 21</p> <p>PIERRES AVEC BOUE 22</p> <p>ADOBE NON RECOUVERT 23</p> <p>CONTRE-PLAQUÉ 24</p> <p>CARTON 25</p> <p>BOIS DE RÉCUPÉRATION 26</p> <p>MATÉRIAU ÉLABORÉ</p> <p>CIMENT 31</p> <p>PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT 32</p> <p>BRIQUES 33</p> <p>BLOCS DE CIMENT 34</p> <p>ADOBE RECOUVERT 35</p> <p>PLANCHE EN BOIS/SHINGLES 36</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	
145	<p>Je voudrais vérifier si le sel utilisé dans votre ménage est iodé. Puis-je avoir un peu de sel qui est utilisé pour cuisiner dans votre ménage ?</p> <p>TEST DU SEL POUR L'IODE</p>	<p>PRÉSENCE D'IODE 1</p> <p>PAS D'IODE 2</p> <p>PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE 3</p> <p>SEL NON TESTÉ _____ 6 (PRÉCISEZ LA RAISON)</p>	

DEPENSES DE SANTE POUR HOSPITALISATION

500	VERIFIER LA PAGE DE COUVERTURE : LE MENAGE EST SELECTIONNE POUR L'ENQUETE SUR LES DEPENSES DE SANTE ? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; width: 30%;"> MENAGE SELECTIONNE POUR L'ENQUETE SUR LES DEPENSES DE SANTE </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; width: 30%;"> MENAGE NON SELECTIONNE POUR L'ENQUETE SUR LES DEPENSES DE SANTE </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> ↓ CONTINUER </div> <div style="text-align: center;"> ↓ 201 </div> </div>												
501	VERIFIER LA COLONNE 20C DANS LE TABLEAU MENAGE: <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> UN OU PLUSIEURS HOSPITALISES <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> PAS D'HOSPITALISE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> → 601 </div> </div>												
502	VERIFIER COLONNE 20C DANS LE TABLEAU MENAGE : ENREGISTRER LE NUMERO DE LIGNE ET LE NOM DE CHAQUE MEMBRE DU MENAGE AYANT ÉTÉ HOSPITALISÉ. DEMANDER ENSUITE : Maintenant j'aimerais vous poser quelques questions sur les membres du ménage qui ont été hospitalisés pendant au moins une nuit au cours des 6 derniers mois dans une structure sanitaire. (S'IL Y A PLUS DE TROIS MEMBRES HOSPITALISÉS, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE)												
503	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%; text-align:left; padding: 5px;">NUMERO DE LIGNE DU MEMBRE A PARTIR DE LA COLONNE 20C DU TABLEAU MENAGE</th> <th style="width:20%; text-align:center; padding: 5px;">HOSPITALISE</th> <th style="width:20%; text-align:center; padding: 5px;">HOSPITALISE</th> <th style="width:20%; text-align:center; padding: 5px;">HOSPITALISE</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">NUMERO DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> <td style="text-align:center; padding: 5px;">NUMERO DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> <td style="text-align:center; padding: 5px;">NUMERO DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> <td style="text-align:center; padding: 5px;">NUMERO DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> </table>	NUMERO DE LIGNE DU MEMBRE A PARTIR DE LA COLONNE 20C DU TABLEAU MENAGE	HOSPITALISE	HOSPITALISE	HOSPITALISE	NUMERO DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	NUMERO DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	NUMERO DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	NUMERO DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>				
NUMERO DE LIGNE DU MEMBRE A PARTIR DE LA COLONNE 20C DU TABLEAU MENAGE	HOSPITALISE	HOSPITALISE	HOSPITALISE										
NUMERO DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	NUMERO DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	NUMERO DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	NUMERO DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>										
504	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%; text-align:left; padding: 5px;">NOM A PARTIR DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MENAGE</th> <th style="width:20%; text-align:center; padding: 5px;">HOSPITALISE</th> <th style="width:20%; text-align:center; padding: 5px;">HOSPITALISE</th> <th style="width:20%; text-align:center; padding: 5px;">HOSPITALISE</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">NOM _____</td> <td style="text-align:center; padding: 5px;">NOM _____</td> <td style="text-align:center; padding: 5px;">NOM _____</td> <td style="text-align:center; padding: 5px;">NOM _____</td> </tr> </table>	NOM A PARTIR DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MENAGE	HOSPITALISE	HOSPITALISE	HOSPITALISE	NOM _____	NOM _____	NOM _____	NOM _____				
NOM A PARTIR DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MENAGE	HOSPITALISE	HOSPITALISE	HOSPITALISE										
NOM _____	NOM _____	NOM _____	NOM _____										
505	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Où (NOM) a-t-il le plus récemment passé une nuit pour des soins de santé ? </td> <td style="width:20%; padding: 5px; vertical-align: top;"> SECTEUR PUBLIC HOPITAL NATIONAL . . 21 HOPITAL REGIONAL . . 22 HOPITAL PREF/CMC . . 23 CENTRE DE SANTE/ POSTE DE SANTE . . 24 SERVICE DE SANTE ARMEE 25 AUTRE STRUCTURE PUBLIQUE _____ 26 (PRECISER) </td> <td style="width:20%; padding: 5px; vertical-align: top;"> SECTEUR PUBLIC HOPITAL NATIONAL . . 21 HOPITAL REGIONAL . . 22 HOPITAL PREF/CMC . . 23 CENTRE DE SANTE/ POSTE DE SANTE . . 24 SERVICE DE SANTE ARMEE 25 AUTRE STRUCTURE PUBLIQUE _____ 26 (PRECISER) </td> <td style="width:20%; padding: 5px; vertical-align: top;"> SECTEUR PUBLIC HOPITAL NATIONAL . . 21 HOPITAL REGIONAL . . 22 HOPITAL PREF/CMC . . 23 CENTRE DE SANTE/ POSTE DE SANTE . . 24 SERVICE DE SANTE ARMEE 25 AUTRE STRUCTURE PUBLIQUE _____ 26 (PRECISER) </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> SECTEUR PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIVEE 31 CENTRE SANTE PRIVE 32 DISPENSAIRE . . . 33 CABINET DE SOINS . . 34 AUTRE STRUCTURE PRIVEE _____ 36 (PRECISER) </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> SECTEUR PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIVEE 31 CENTRE SANTE PRIVE 32 DISPENSAIRE . . . 33 CABINET DE SOINS . . 34 AUTRE STRUCTURE PRIVEE _____ 36 (PRECISER) </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> SECTEUR PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIVEE 31 CENTRE SANTE PRIVE 32 DISPENSAIRE . . . 33 CABINET DE SOINS . . 34 AUTRE STRUCTURE PRIVEE _____ 36 (PRECISER) </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> AUTRE _____ 96 (PRECISER) </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> AUTRE _____ 96 (PRECISER) </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> AUTRE _____ 96 (PRECISER) </td> </tr> </table>	Où (NOM) a-t-il le plus récemment passé une nuit pour des soins de santé ?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL NATIONAL . . 21 HOPITAL REGIONAL . . 22 HOPITAL PREF/CMC . . 23 CENTRE DE SANTE/ POSTE DE SANTE . . 24 SERVICE DE SANTE ARMEE 25 AUTRE STRUCTURE PUBLIQUE _____ 26 (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL NATIONAL . . 21 HOPITAL REGIONAL . . 22 HOPITAL PREF/CMC . . 23 CENTRE DE SANTE/ POSTE DE SANTE . . 24 SERVICE DE SANTE ARMEE 25 AUTRE STRUCTURE PUBLIQUE _____ 26 (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL NATIONAL . . 21 HOPITAL REGIONAL . . 22 HOPITAL PREF/CMC . . 23 CENTRE DE SANTE/ POSTE DE SANTE . . 24 SERVICE DE SANTE ARMEE 25 AUTRE STRUCTURE PUBLIQUE _____ 26 (PRECISER)		SECTEUR PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIVEE 31 CENTRE SANTE PRIVE 32 DISPENSAIRE . . . 33 CABINET DE SOINS . . 34 AUTRE STRUCTURE PRIVEE _____ 36 (PRECISER)	SECTEUR PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIVEE 31 CENTRE SANTE PRIVE 32 DISPENSAIRE . . . 33 CABINET DE SOINS . . 34 AUTRE STRUCTURE PRIVEE _____ 36 (PRECISER)	SECTEUR PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIVEE 31 CENTRE SANTE PRIVE 32 DISPENSAIRE . . . 33 CABINET DE SOINS . . 34 AUTRE STRUCTURE PRIVEE _____ 36 (PRECISER)		AUTRE _____ 96 (PRECISER)	AUTRE _____ 96 (PRECISER)	AUTRE _____ 96 (PRECISER)
Où (NOM) a-t-il le plus récemment passé une nuit pour des soins de santé ?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL NATIONAL . . 21 HOPITAL REGIONAL . . 22 HOPITAL PREF/CMC . . 23 CENTRE DE SANTE/ POSTE DE SANTE . . 24 SERVICE DE SANTE ARMEE 25 AUTRE STRUCTURE PUBLIQUE _____ 26 (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL NATIONAL . . 21 HOPITAL REGIONAL . . 22 HOPITAL PREF/CMC . . 23 CENTRE DE SANTE/ POSTE DE SANTE . . 24 SERVICE DE SANTE ARMEE 25 AUTRE STRUCTURE PUBLIQUE _____ 26 (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL NATIONAL . . 21 HOPITAL REGIONAL . . 22 HOPITAL PREF/CMC . . 23 CENTRE DE SANTE/ POSTE DE SANTE . . 24 SERVICE DE SANTE ARMEE 25 AUTRE STRUCTURE PUBLIQUE _____ 26 (PRECISER)										
	SECTEUR PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIVEE 31 CENTRE SANTE PRIVE 32 DISPENSAIRE . . . 33 CABINET DE SOINS . . 34 AUTRE STRUCTURE PRIVEE _____ 36 (PRECISER)	SECTEUR PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIVEE 31 CENTRE SANTE PRIVE 32 DISPENSAIRE . . . 33 CABINET DE SOINS . . 34 AUTRE STRUCTURE PRIVEE _____ 36 (PRECISER)	SECTEUR PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIVEE 31 CENTRE SANTE PRIVE 32 DISPENSAIRE . . . 33 CABINET DE SOINS . . 34 AUTRE STRUCTURE PRIVEE _____ 36 (PRECISER)										
	AUTRE _____ 96 (PRECISER)	AUTRE _____ 96 (PRECISER)	AUTRE _____ 96 (PRECISER)										
506	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Quelle est la principale raison pour laquelle (NOM) a cherché des soins la dernière fois? </td> <td style="width:20%; padding: 5px; vertical-align: top;"> GROSSESSE/ ACCOUCHEMENT 01 SOINS NOUVEAU-NE/ ENFANT 02 PALU/FIEVRE 03 HYPERTENSION/ MALADIES DU CŒUR . 04 DIABETE 05 IRA 06 ANEMIE 07 AUTRE MALADIE _____ 08 (PRECISER) </td> <td style="width:20%; padding: 5px; vertical-align: top;"> GROSSESSE/ ACCOUCHEMENT 01 SOINS NOUVEAU-NE/ ENFANT 02 PALU/FIEVRE 03 HYPERTENSION/ MALADIES DU CŒUR . 04 DIABETE 05 IRA 06 ANEMIE 07 AUTRE MALADIE _____ 08 (PRECISER) </td> <td style="width:20%; padding: 5px; vertical-align: top;"> GROSSESSE/ ACCOUCHEMENT 01 SOINS NOUVEAU-NE/ ENFANT 02 PALU/FIEVRE 03 HYPERTENSION/ MALADIES DU CŒUR . 04 DIABETE 05 IRA 06 ANEMIE 07 AUTRE MALADIE _____ 08 (PRECISER) </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> ACCIDENT/BLESSURE 09 AUTRES _____ 96 (PRECISER) </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> ACCIDENT/BLESSURE 09 AUTRES _____ 96 (PRECISER) </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> ACCIDENT/BLESSURE 09 AUTRES _____ 96 (PRECISER) </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> NE SAIT PAS 98 </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> NE SAIT PAS 98 </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> NE SAIT PAS 98 </td> </tr> </table>	Quelle est la principale raison pour laquelle (NOM) a cherché des soins la dernière fois?	GROSSESSE/ ACCOUCHEMENT 01 SOINS NOUVEAU-NE/ ENFANT 02 PALU/FIEVRE 03 HYPERTENSION/ MALADIES DU CŒUR . 04 DIABETE 05 IRA 06 ANEMIE 07 AUTRE MALADIE _____ 08 (PRECISER)	GROSSESSE/ ACCOUCHEMENT 01 SOINS NOUVEAU-NE/ ENFANT 02 PALU/FIEVRE 03 HYPERTENSION/ MALADIES DU CŒUR . 04 DIABETE 05 IRA 06 ANEMIE 07 AUTRE MALADIE _____ 08 (PRECISER)	GROSSESSE/ ACCOUCHEMENT 01 SOINS NOUVEAU-NE/ ENFANT 02 PALU/FIEVRE 03 HYPERTENSION/ MALADIES DU CŒUR . 04 DIABETE 05 IRA 06 ANEMIE 07 AUTRE MALADIE _____ 08 (PRECISER)		ACCIDENT/BLESSURE 09 AUTRES _____ 96 (PRECISER)	ACCIDENT/BLESSURE 09 AUTRES _____ 96 (PRECISER)	ACCIDENT/BLESSURE 09 AUTRES _____ 96 (PRECISER)		NE SAIT PAS 98	NE SAIT PAS 98	NE SAIT PAS 98
Quelle est la principale raison pour laquelle (NOM) a cherché des soins la dernière fois?	GROSSESSE/ ACCOUCHEMENT 01 SOINS NOUVEAU-NE/ ENFANT 02 PALU/FIEVRE 03 HYPERTENSION/ MALADIES DU CŒUR . 04 DIABETE 05 IRA 06 ANEMIE 07 AUTRE MALADIE _____ 08 (PRECISER)	GROSSESSE/ ACCOUCHEMENT 01 SOINS NOUVEAU-NE/ ENFANT 02 PALU/FIEVRE 03 HYPERTENSION/ MALADIES DU CŒUR . 04 DIABETE 05 IRA 06 ANEMIE 07 AUTRE MALADIE _____ 08 (PRECISER)	GROSSESSE/ ACCOUCHEMENT 01 SOINS NOUVEAU-NE/ ENFANT 02 PALU/FIEVRE 03 HYPERTENSION/ MALADIES DU CŒUR . 04 DIABETE 05 IRA 06 ANEMIE 07 AUTRE MALADIE _____ 08 (PRECISER)										
	ACCIDENT/BLESSURE 09 AUTRES _____ 96 (PRECISER)	ACCIDENT/BLESSURE 09 AUTRES _____ 96 (PRECISER)	ACCIDENT/BLESSURE 09 AUTRES _____ 96 (PRECISER)										
	NE SAIT PAS 98	NE SAIT PAS 98	NE SAIT PAS 98										

507	<p>Combien a été dépensé pour les services et les traitements que (NOM) a reçu durant la dernière hospitalisation? Nous voulons connaître l'ensemble des coûts liés à cette hospitalisation, y compris toutes les charges liées aux examens, aux médicaments ou autre?</p> <p>ENREGISTREZ LE MONTANT DECLARE. SI PLUS DE 94 000 000 DE FRANCS, INSCRIRE 94 000 000</p>	<p>COUT</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>PAS DE COUT/ GRATUIT 00000000 EN NATURE 99999995 NE SAIT PAS 99999998</p>	<p>COUT</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>PAS DE COUT/ GRATUIT 00000000 EN NATURE 99999995 NE SAIT PAS 99999998</p>	<p>COUT</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>PAS DE COUT/ GRATUIT 00000000 EN NATURE 99999995 NE SAIT PAS 99999998</p>
508	<p>Au cours des six derniers mois (NOM) a-t-il passé la nuit dans une structure de santé une autre fois pour des raisons de santé ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLER A 518) ←</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLER A 518) ←</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLER A 518) ←</p>
509	<p>Où (NOM) a-t-il/elle passé la nuit pour des soins de santé cette autre fois ?</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL NATIONAL . . 21 HOPITAL REGIONAL . . 22 HOPITAL PREF/CMC . . 23 CENTRE DE SANTE/ POSTE DE SANTE . . 24 SERVICE DE SANTE ARMEE . . 25</p> <p>AUTRE STRUCTURE PUBLIQUE</p> <p style="text-align: right;">_____ 26 (PRECISER)</p> <p>SECTEUR PRIVE HOPITAL/CLINIQUE . . . 31 CENTRE SANTE PRIV . . . 32 DISPENSARE . . . 33 CABINET DE SOINS . . 34</p> <p>AUTRE STRUCTURE PRIVEE</p> <p style="text-align: right;">_____ 36 (PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL NATIONAL . . 21 HOPITAL REGIONAL . . 22 HOPITAL PREF/CMC . . 23 CENTRE DE SANTE/ POSTE DE SANTE . . 24 SERVICE DE SANTE ARMEE . . 25</p> <p>AUTRE STRUCTURE PUBLIQUE</p> <p style="text-align: right;">_____ 26 (PRECISER)</p> <p>SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE 31 CENTRE SANTE PRIV . . . 32 DISPENSARE . . . 33 CABINET DE SOINS . . 34</p> <p>AUTRE STRUCTURE PRIVEE</p> <p style="text-align: right;">_____ 36 (PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL NATIONAL . . 21 HOPITAL REGIONAL . . 22 HOPITAL PREF/CMC . . 23 CENTRE DE SANTE/ POSTE DE SANTE . . 24 SERVICE DE SANTE ARMEE . . 25</p> <p>AUTRE STRUCTURE PUBLIQUE</p> <p style="text-align: right;">_____ 26 (PRECISER)</p> <p>SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE 31 CENTRE SANTE PRIV . . . 32 DISPENSARE . . . 33 CABINET DE SOINS . . 34</p> <p>AUTRE STRUCTURE PRIVEE</p> <p style="text-align: right;">_____ 36 (PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>
510	<p>Quelle était la principale raison pour laquelle (NOM) a cherché des soins de santé cette autre fois?</p>	<p>GROSSESSE/ ACCOUCHEMENT 01 SOINS NOUVEAU-NE/ ENFANT 02 PALU/FIEVRE 03 HYPERTENSION/ MALADIES DU CŒUR . 04 DIABETE 05 IRA 06 ANEMIE 07</p> <p>AUTRE MALADIE _____ 08 (PRECISER)</p> <p>ACCIDENT/BLESSURE . . . 09</p> <p>AUTRES _____ 96 (PRECISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>GROSSESSE/ ACCOUCHEMENT 01 SOINS NOUVEAU-NE/ ENFANT 02 PALU/FIEVRE 03 HYPERTENSION/ MALADIES DU CŒUR . 04 DIABETE 05 IRA 06 ANEMIE 07</p> <p>AUTRE MALADIE _____ 08 (PRECISER)</p> <p>ACCIDENT/BLESSURE . . . 09</p> <p>AUTRES _____ 96 (PRECISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>GROSSESSE/ ACCOUCHEMENT 01 SOINS NOUVEAU-NE/ ENFANT 02 PALU/FIEVRE 03 HYPERTENSION/ MALADIES DU CŒUR . 04 DIABETE 05 IRA 06 ANEMIE 07</p> <p>AUTRE MALADIE _____ 08 (PRECISER)</p> <p>ACCIDENT/BLESSURE . . . 09</p> <p>AUTRES _____ 96 (PRECISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>
511	<p>Combien a été dépensé pour les services et les traitements que (NOM) a reçu lors de cette autre fois d'hospitalisation?</p> <p>Nous voulons connaître l'ensemble des coûts liés à cette avant dernière hospitalisation, y compris toutes les charges liées aux examens, aux médicaments ou autre?</p> <p>ENREGISTREZ LE MONTANT DECLARE. SI PLUS DE 94 000 000 DE FRANCS, INSCRIRE 94 000 000</p>	<p>COUT</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>PAS DE COUT/ GRATUIT 00000000 EN NATURE 99999995 NE SAIT PAS 99999998</p>	<p>COUT</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>PAS DE COUT/ GRATUIT 00000000 EN NATURE 99999995 NE SAIT PAS 99999998</p>	<p>COUT</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>PAS DE COUT/ GRATUIT 00000000 EN NATURE 99999995 NE SAIT PAS 99999998</p>

512	En dehors des deux hospitalisations dont vous m'avez parlé, (NOM) a-t-il/elle passé une autre fois la nuit dans une structure sanitaire pour des soins au cours des six derniers mois?	OUI 1 NON 2 (ALLER A 518) ←	OUI 1 NON 2 (ALLER A 518) ←	OUI 1 NON 2 (ALLER A 518) ←
513	Où (NOM) a-t-il/elle passé la nuit pour des soins de santé cette autre fois aussi ?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL NATIONAL . 21 HOPITAL REGIONAL . 22 HOPITAL PREF/CMC . 23 CENTRE DE SANTE/ POSTE DE SANTE . 24 SERVICE DE SANTE . . ARMEE 25 AUTRE STRUCTURE PUBLIQUE _____ 26 (PRECISER) SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE 31 CLINIQUE PRIVEE 32 DISPENSAIRE 33 CABINET DE SOINS . . 34 AUTRE STRUCTURE PRIVEE _____ 36 (PRECISER) AUTRE _____ 96 (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL NATIONAL . 21 HOPITAL REGIONAL . 22 HOPITAL PREF/CMC . 23 CENTRE DE SANTE/ POSTE DE SANTE . 24 SERVICE DE SANTE . . ARMEE 25 AUTRE STRUCTURE PUBLIQUE _____ 26 (PRECISER) SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE 31 CLINIQUE PRIVEE 32 DISPENSAIRE 33 CABINET DE SOINS . . 34 AUTRE STRUCTURE PRIVEE _____ 36 (PRECISER) AUTRE _____ 96 (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL NATIONAL . 21 HOPITAL REGIONAL . 22 HOPITAL PREF/CMC . 23 CENTRE DE SANTE/ POSTE DE SANTE . 24 SERVICE DE SANTE . . ARMEE 25 AUTRE STRUCTURE PUBLIQUE _____ 26 (PRECISER) SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE 31 CLINIQUE PRIVEE 32 DISPENSAIRE 33 CABINET DE SOINS . . 34 AUTRE STRUCTURE PRIVEE _____ 36 (PRECISER) AUTRE _____ 96 (PRECISER)
514	Quelle était la principale raison pour laquelle (NOM) a cherché des soins de santé cette autre fois aussi?	GROSSESSE/ ACCOUCHEMENT 01 SOINS NOUVEAU-NE/ ENFANT 02 PALU/FIEVRE 03 HYPERTENSION/ MALADIES DU CŒUR . 04 DIABETE 05 IRA 06 ANEMIE 07 AUTRE MALADIE _____ 08 (PRECISER) ACCIDENT/BLESSURE 09 AUTRES _____ 96 (PRECISER) NE SAIT PAS 98	GROSSESSE/ ACCOUCHEMENT 01 SOINS NOUVEAU-NE/ ENFANT 02 PALU/FIEVRE 03 HYPERTENSION/ MALADIES DU CŒUR . 04 DIABETE 05 IRA 06 ANEMIE 07 AUTRE MALADIE _____ 08 (PRECISER) ACCIDENT/BLESSURE 09 AUTRES _____ 96 (PRECISER) NE SAIT PAS 98	GROSSESSE/ ACCOUCHEMENT 01 SOINS NOUVEAU-NE/ ENFANT 02 PALU/FIEVRE 03 HYPERTENSION/ MALADIES DU CŒUR . 04 DIABETE 05 IRA 06 ANEMIE 07 AUTRE MALADIE _____ 08 (PRECISER) ACCIDENT/BLESSURE 09 AUTRES _____ 96 (PRECISER) NE SAIT PAS 98
515	Combien a été dépensé pour les services et les traitements que (NOM) a reçu durant cette autre fois d'hospitalisation aussi? Nous voulons connaître l'ensemble des coûts liés à cette autre hospitalisation, y compris toutes les charges liées aux examens, aux médicaments ou autre? ENREGISTREZ LE MONTANT DECLARE. SI PLUS DE 94 000 000 DE FRANCS, INSCRIRE 94 000 000	COUT <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> PAS DE COUT/ GRATUIT 00000000 EN NATURE 99999995 NE SAIT PAS 99999998	COUT <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> PAS DE COUT/ GRATUIT 00000000 EN NATURE 99999995 NE SAIT PAS 99999998	COUT <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> PAS DE COUT/ GRATUIT 00000000 EN NATURE 99999995 NE SAIT PAS 99999998

516	En dehors des trois hospitalisations dont vous m'avez parlé, (NOM) a-t-il/elle passé une autre fois la nuit dans une structure sanitaire pour des soins au cours des six derniers mois?	OUI 1 NON 2 (ALLER A 518) ←	OUI 1 NON 2 (ALLER A 518) ←	OUI 1 NON 2 (ALLER A 518) ←
517	Au total, combien de fois (NOM) a passé la nuit dans une structure sanitaire pour des soins au cours des six derniers mois?	NOMBRE DE VISITES POUR SOINS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE VISITES POUR SOINS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE VISITES POUR SOINS <input type="text"/> <input type="text"/>
518	(NOM) est-il/elle couvert(e) par une quelconque assurance maladie ou une exemption ?	OUI, ASSURANCE MALADIE 1 OUI, EXEMPTION 2 NON 3 NE SAIT PAS 8 (ALLER A 520) ←	OUI, ASSURANCE MALADIE 1 OUI, EXEMPTION 2 NON 3 NE SAIT PAS 8 (ALLER A 520) ←	OUI, ASSURANCE MALADIE 1 OUI, EXEMPTION 2 NON 3 NE SAIT PAS 8 (ALLER A 520) ←
519	De quel type d'assurance maladie (NOM) bénéficiait t-il/elle lors de sa dernière hospitalisation dans une structure sanitaire?	ASSURANCE CNSS 01 ASSURANCE MILITAIRE 02 MUTUELLE DE SANTE 03 CAISSE PREVOYANCE SOCIALE 04 ASSURANCE PRIVEE 05 ASSURANCE INDIVIDUELLE 06 AUCUNE 95 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98	ASSURANCE CNSS 01 ASSURANCE MILITAIRE 02 MUTUELLE DE SANTE 03 CAISSE PREVOYANCE SOCIALE 04 ASSURANCE PRIVEE 05 ASSURANCE INDIVIDUELLE 06 AUCUNE 95 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98	ASSURANCE CNSS 01 ASSURANCE MILITAIRE 02 MUTUELLE DE SANTE 03 CAISSE PREVOYANCE SOCIALE 04 ASSURANCE PRIVEE 05 ASSURANCE INDIVIDUELLE 06 AUCUNE 95 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98
520		RETOURNER A 505 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU, S'IL N YA PLUS DE PATIENT HOSPITALISE, ALLER A 601	RETOURNER A 505 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU, S'IL N YA PLUS DE PATIENT HOSPITALISE, ALLER A 601	RETOURNER A 505 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU, S'IL N YA PLUS DE PATIENT HOSPITALISE, ALLER A 601

SELECTION POUR LES DEPENSES DE SANTE SANS HOSPITALISATION (OPTION PAPIER)

601 VERIFIER COLONNE 20E

PLUS D'UNE PERSONNE MALADE NON HOSPITALISEE ELIGIBLE

UNE SEULE PERSONNE MALADE NON HOSPITALISEE

→ 602

PAS DE MALADE NON HOSPITALISEE ELIGIBLE

→ 201

TABLE DE SELECTION D'UN MALADE NON HOSPITALISE QUI A RECU DES SOINS PAYANTS LA DERNIERE FOIS AU COURS DES QUATRE DERNIERES SEMAINES

REGARDER LE DERNIER CHIFFRE DU NUMERO DE MENAGE A LA PAGE DE COUVERTURE, C'EST LE NUMERO DE LA LIGNE A LAQUELLE VOUS DEVEZ ALLER. VERIFIEZ LE NOMBRE TOTAL DE MALADES NON HOSPITALISES ELIGIBLES (COLONNE 20E) DANS LE TABLEAU MENAGE. C'EST LE NUMERO DE LA COLONNE A LAQUELLE VOUS DEVEZ ALLER. SUIVEZ L'INTERSECTION DE LA LIGNE ET DE LA COLONNE SELECTIONNEES ET ENERCLEZ LE NOMBRE QUI SE TROUVE DANS LA CELLULE CORRESPONDANTE. C'EST LE NUMERO DE LA PERSONNE SELECTIONNEE POUR LES QUESTIONS DU MALADE NON HOSPITALISE DANS LA LISTE DES MALADES NON HOSPITALISES DANS LA COLONNE 20E DU QUESTIONNAIRE MENAGE. ECRIVEZ LE NOM ET LE NUMERO DE LIGNE DU MALADE NON HOSPITALISE SELECTIONNE A Q602.

EXEMPLE: LE NUMERO DU QUESTIONNAIRE MENAGE EST '716' ET LA COLONNE 20E DU TABLEAU MENAGE MONTRE QU'IL Y A TROIS MALADES NON HOSPITALISES ELIGIBLES DANS LE MENAGE (NUMEROS DE LIGNE 02, 04 ET 05). PUISQUE LE DERNIER CHIFFRE DU NUMERO DU QUESTIONNAIRE MENAGE EST '6', ALLEZ A LA LIGNE '6' ET PUISQU'IL Y A TROIS MALADES NON HOSPITALISES ELIGIBLES DANS LE MENAGE, ALLEZ A LA COLONNE '3'. SUIVEZ LA LIGNE ET LA COLONNE ET TROUVEZ LE NOMBRE DANS LA CELLULE OU ELLES SE RENCONTRENT ('2') ET ENERCLEZ CE NOMBRE. MAINTENANT ALLEZ DANS LE TABLEAU MENAGE ET TROUVEZ LE SECOND MALADE NON HOSPITALISE ELIGIBLE POUR LES QUESTIONS POUR LES MALADES NON HOSPITALISES (NUMERO DE LIGNE '04' DANS CET EXEMPLE). ECRIVEZ LE NOM ET LE NUMERO DE LIGNE DU MALADE NON HOSPITALISE SELECTIONNE A Q602.

DERNIER CHIFFRE DU NUMERO DU QUESTIONNAIRE MENAGE	NOMBRE TOTAL DE MALADES NON HOSPITALISES ELIGIBLES DANS LE MENAGE DANS LA COLONNE 20E							
	1	2	3	4	5	6	7	8
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

602 NOM DU MALADE NON HOSPITALISE SELECTIONNE _____

NUMERO DE LIGNE DU MALADE NON HOSPITALISE SELECTIONNE

DEPENSES DE SANTE DU MALADE NON HOSPITALISE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	SAUT
602A	NUMERO DE LIGNE ET NOM DU MALADE NON HOSPITALISE SELECTIONNE (DE 602)	NUMERO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	
603	Maintenant je voudrais vous poser des questions au sujet des soins médicaux que (NOM) a reçus au cours des quatre dernières semaines sans hospitalisation. Où (NOM) a obtenu des soins sans hospitalisation la dernière fois ?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL NATIONAL 21 HOPITAL REGIONAL 22 HOPITAL PREF/CMC 23 CENTRE DE SANTÉ/POSTE DE SANTE 24 SERVICE DE SANTE ARMEE 25 AUTRE STRUCTURE PUBLIQUE _____ 26 (PRECISER) SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE 31 CLINIQUE PRIVEE 32 DISPENSAIRE 33 CABINET DE SOINS 34 AUTRE STRUCTURE PRIVEE _____ 36 (PRECISER) NIVEAU COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIF 37 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
604	Quelle était la principale raison pour laquelle (NOM) a recherché des soins la toute dernière fois ?	PLANIFICATION FAMILIALE 01 SOINS PRENATALS 02 ACCOUCHEMENT 03 SOINS POSTNATALS 04 SOINS NOUVEAU NE/ENFANT 05 FIEVRE/PALU 06 DIARRHEE 07 HYPERTENSION/ MALADIES DU CŒUR 08 DIABETE 09 IRA 10 ANEMIE 11 BILAN DE SANTE 12 VACCINATION 13 AUTRES SOINS PREVENTIFS 14 ACCIDENT/BLESSURE 15 AUTRES MALADIES 16 AUTRE RAISON _____ 96 (PRECISER)	
605A	Combien a été dépensé pour les services et le traitement que (NOM) a reçus à (NOM DU SERVICE PRESTATIAIRE A Q603)? Prière d'inclure les dépenses liées à la consultation et toute autre dépense comme les médicaments, les examens, le transport et autre. ENREGISTREZ LE MONTANT DECLARE. SI PLUS DE 94 000 000 DE FRANCS, INSCRIRE 94 000 000	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> COUT PAS DE COUT/GRATUIT 00000000 EN NATURE 99999995 NE SAIT PAS 99999998 ..	

DEPENSES DE SANTE DU MALADE NON HOSPITALISE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	SAUT
605B	Combien a été dépensé pour : a) Consultation b) Médicaments c) Examens de laboratoire d) Radiographie (IRM, Scanner, ECG, Mammographie, etc..) e) Transport f) Autre ENREGISTREZ LE MONTANT DECLARE. SI PLUS DE 94 000 000 DE FRANCS, INSCRIRE 94 000 000	COUT a) <input type="text"/> COUT b) <input type="text"/> COUT c) <input type="text"/> COUT d) <input type="text"/> COUT e) <input type="text"/> COUT f) <input type="text"/> ..	
	SI GRATUIT, ENREGISTRER '00000000' SI COUT NON SPECIFIE, ENREGISTRER '99999994' SI EN NATURE, ENREGISTRER '99999995' SI NE SAIT PAS, ENREGISTRER '99999998'	..	
606AA	(NOM) a-t-il reçu des soins une autre fois au cours des quatre dernières semaines de la part d'un prestataire ou d'un pharmacien, sans hospitalisation ?	OUI 1 NON 2	→ 609
606A	Où (NOM) a-t-il reçu des soins de santé l'avant dernière fois sans hospitalisation ?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL NATIONAL 21 HOPITAL REGIONAL 22 HOPITAL PREF/CMC 23 CENTRE DE SANTÉ/POSTE DE SANTE 24 SERVICE DE SANTE ARMEE 25 AUTRE STRUCTURE PUBLIQUE _____ 26 (PRECISER) SECTEUR PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIVE 31 CENTRE DE SANTE PRIVE 32 DISPENSAIRE 33 CABINET DE SOINS 34 AUTRE STRUCTURE PRIVE _____ 36 (PRECISER) NIVEAU COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIF... 37 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	

DEPENSES DE SANTE DU MALADE NON HOSPITALISE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	SAUT
606B	Quelle était la principale raison pour laquelle (NOM) a cherché des soins l'avant dernière fois ?	PLANIFICATION FAMILIALE 01 SOINS PRENATALS 02 ACCOUCHEMENT 03 SOINS POSTNATALS 04 SOINS NOUVEAU NE/ENFANT 05 FIEVRE/PALU 06 DIARRHEE 07 HYPERTENSION/ MALADIES DU CŒUR 08 DIABETE 09 IRA 10 ANEMIE 11 BILAN DE SANTE 12 VACCINATION 13 AUTRES SOINS PREVENTIFS 14 ACCIDENT/BLESSURE 15 AUTRE MALADIE 16 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
606C	Combien a été dépensé pour les services et le traitement que (NOM) a reçus de (NOM DU SERVICE PRESTATIAIRE A Q606A)? Prière d'inclure les dépenses liées à la consultation et toute autre dépense comme les médicaments, les examens, le transport et autre. ENREGISTREZ LE MONTANT DECLARE. SI PLUS DE 94 000 000 DE FRANCS, INSCRIRE 94 000 000	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> COUT PAS DE COUT/GRATUIT 00000000 EN NATURE 99999995 NE SAIT PAS 99999998 ..	→ 606E
606D	Combien a été dépensé pour : a) Consultation b) Médicaments c) Examens de laboratoire d) Radiographie (IRM, Scanner, ECG, Mammographie, etc..) e) Transport f) Autre ENREGISTREZ LE MONTANT DECLARE. SI PLUS DE 94 000 000 DE FRANCS, INSCRIRE 94 000 000 SI GRATUIT, ENREGISTRER '00000000' SI COUT NON SPECIFIE, ENREGISTRER '99999994' SI EN NATURE, ENREGISTRER '99999995' SI NE SAIT PAS, ENREGISTRER '99999998'	COUT a) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> COUT b) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> COUT c) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> COUT d) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> COUT e) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> COUT f) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> ..	
606E	(NOM) a-t-il reçu des soins une autre fois au cours des quatre dernières semaines de la part d'un prestataire ou d'un pharmacien, sans hospitalisation ?	OUI 1 NON 2	→ 609

DEPENSES DE SANTE DU MALADE NON HOSPITALISE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	SAUT
606F	Où (NOM) a-t-il reçu des soins de santé l'avant-avant dernière fois sans hospitalisation ?	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL NATIONAL 21</p> <p>HOPITAL REGIONAL 22</p> <p>HOPITAL PREF/CMC 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ/POSTE DE SANTE 24</p> <p>SERVICE DE SANTÉ ARMÉE 25</p> <p>AUTRE STRUCTURE PUBLIQUE 26</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">(PRECISER) ..</p> <p>SECTEUR PRIVE</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIVE 31</p> <p>CENTRE DE SANTE PRIVE 32</p> <p>DISPENSAIRE 33</p> <p>CABINET DE SOINS 34</p> <p>AUTRE STRUCTURE PRIVEE AUTRE PRIVE 36</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">(PRECISER)</p> <p>NIVEAU COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIF 37</p> <p>AUTRE 96</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">(PRECISER)</p>	

DEPENSES DE SANTE DU MALADE NON HOSPITALISE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	SAUT
606G	Quelle était la principale raison pour laquelle (NOM) a cherché des soins l'avant-avant dernière fois ?	PLANIFICATION FAMILIALE 01 SOINS PRENATALS 02 ACCOUCHEMENT 03 SOINS POSTNATALS 04 SOINS NOUVEAU NE/ENFANT 05 FIEVRE/PALU 06 DIARRHEE 07 HYPERTENSION/ MALADIES DU CŒUR 08 DIABETE 09 IRA 10 ANEMIE 11 BILAN DE SANTE 12 VACCINATION 13 AUTRES SOINS PREVENTIFS 14 ACCIDENT/BLESSURE 15 AUTRE 96 (PRECISER)	
606H	Combien a été dépensé pour les services et le traitement que (NOM) a reçus de (NOM DU SERVICE PRESTATIAIRE A Q606F)? Prière d'inclure les dépenses liées à la consultation et toute autre dépense comme les médicaments, les examens, le transport et autre. ENREGISTREZ LE MONTANT DECLARE. SI PLUS DE 94 000 000 DE FRANCS, INSCRIRE 94 000 000	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> COUT PAS DE COUT/GRATUIT 00000000 EN NATURE 99999995 NE SAIT PAS 99999998 ..	} → 606J
606I	Combien a été dépensé pour : a) Consultation b) Médicaments c) Examens de laboratoire d) Radiographie (IRM, Scanner, ECG, Mammographie, etc..) e) Transport .. ENREGISTREZ LE MONTANT DECLARE. SI PLUS DE 94 000 000 DE FRANCS, INSCRIRE 94 000 000 SI GRATUIT, ENREGISTRER '00000000' SI COUT NON SPECIFIE, ENREGISTRER '99999994' SI EN NATURE, ENREGISTRER '99999995' SI NE SAIT PAS, ENREGISTRER '99999998'	COUT a) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: inline-block;"></div> COUT b) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: inline-block;"></div> COUT c) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: inline-block;"></div> COUT d) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: inline-block;"></div> COUT e) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: inline-block;"></div> COUT f) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: inline-block;"></div> ..	
606J	(NOM) a-t-il reçu des soins une autre fois au cours des quatre dernières semaines de la part d'un prestataire ou d'un pharmacien, sans hospitalisation ?	OUI 1 NON 2	} → 609
607	Combien d'autres fois (NOM) a reçu des soins au cours des quatre dernières semaines ?	NOMBRE DE VISITES SANS HOSPITALISATION <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
608	Combien de fois de l'argent a été dépensé ?	NOMBRE DE VISITES SANS HOSPITALISATION PAYEES <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
609	(NOM) est-il/elle couvert(e) par une quelconque assurance maladie ou une exemption ?	OUI, ASSURANCE MALADIE 1 OUI, EXEMPTION 2 NON 3 NE SAIT PAS 8	} → 611

DEPENSES DE SANTE DU MALADE NON HOSPITALISE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	SAUT
610	Quel type d'assurance maladie a été utilisé quand (NOM) a reçu des soins de santé la dernière fois ?	ASSURANCE CNSS 01 ASSURANCE MILITAIRE 02 MUTUELLE DE SANTE 03 CAISSE PREVOYANCE SOCIALE 04 ASSURANCE PRIVEE 05 ASSURANCE INDIVIDUELLE 06 AUCUNE 95 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98	
611	Quelques fois les gens achètent des vitamines, des médicaments et des remèdes à base de plantes sans consulter un prestataire de santé, un pharmacien ou un guérisseur traditionnel. Ils peuvent aussi acheter des produits tels que des bandelettes, des thermomètres ou d'autres appareils médicaux, ... sans une consultation. Au cours des quatre dernières semaines, combien a été dépensé pour ces genres de produits pour les membres de votre ménage ? ENREGISTREZ LE MONTANT DECLARE. SI PLUS DE 94 000 000 DE FRANCS, INSCRIRE 94 000 000	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> COUT PAS DE COUT/GRATUIT 00000000 EN NATURE 99999995 NE SAIT PAS 99999998 ..	

TESTS D'ANEMIE POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS

201	VÉRIFIEZ LA COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS À Q.202 EN ORDRE SELON LE NUMÉRO DE LIGNE. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S). AU MOINS 1 ENFANT DE 0 - 5 ANS <input type="checkbox"/> AUCUN ENF. 0-5 ANS <input type="checkbox"/> → 234			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE DE L'ENFANT À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2013 OU PLUS TARD ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 234) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 234) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 234) ←
205A	VÉRIFIER: EST-CE QUE DONNÉES ANTHROPOMÉTRIE (POIDS ET TAILLE) SONT DISPONIBLES? FILTRE POUR CAPI SEULEMENT ET SI UN AGENT ANTHROPOMÉTRIE UTILISE UN QUESTIONNAIRE PAPIER À PART POUR ENREGISTRER LE POIDS ET LA TAILLE.	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 209) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 209) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 209) ←
205	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
206	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 208) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 208) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 208) ←
207	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3
207A	PRÉSENCE D'OEDÈMES BILATÉRAUX AUX PIEDS	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2

208	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN.	<input type="text"/> No. AGENT DE TERRAIN MESUREUR	<input type="text"/> No. AGENT DE TERRAIN MESUREUR	<input type="text"/> No. AGENT DE TERRAIN MESUREUR
209	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 234) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 234) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 234) ← PLUS ÂGÉ 2
210	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE). INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° LIGNE <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/>
211	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 210 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des enfants dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2013 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
212	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 234) ←	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 234) ←	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 234) ←
215	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LE TEST DE L'ANÉMIE.			
217	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT994 REFUS995 AUTRE996	G/DL <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT994 REFUS995 AUTRE996	G/DL <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT994 REFUS995 AUTRE996
220	VÉRIFIEZ 217: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 234) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 234) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 234) ←
221	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement.		
234	RETOURNEZ À 202 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA 1ERE COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S); S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER À 300 POUR VÉRIFIER SI FEMMES ÉLIGIBLES POUR TESTS D'ANÉMIE ET DE VIH.			

TESTS D'ANEMIE POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS (SUITE)

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE DE L'ENFANT À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2013 OU PLUS TARD ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 234) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 234) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 234) ←
205A	VÉRIFIER: EST-CE QUE DONNÉES ANTHROPOMÉTRIE (POIDS ET TAILLE) SONT DISPONIBLES? FILTRE POUR CAPI SEULEMENT ET SI UN AGENT ANTHROPOMÉTRIE UTILISE UN QUESTIONNAIRE PAPIER À PART POUR ENREGISTRER LE POIDS ET LA TAILLE.	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 209) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 209) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 209) ←
205	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
206	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 208) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 208) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 208) ←
207	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3
207A	PRÉSENCE D'OEDÈMES BILATÉRAUX AUX PIEDS	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
208	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No. AGENT DE TERRAIN MESUREUR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No. AGENT DE TERRAIN MESUREUR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No. AGENT DE TERRAIN MESUREUR

209	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 234) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 234) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 234) ← PLUS ÂGÉ 2
210	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE). INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° LIGNE <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/>
211	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 210 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des enfants dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2013 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
212	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 234) ←	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 234) ←	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 234) ←
215	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LE TEST DE L'ANÉMIE.			
217	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT994 REFUS995 AUTRE996	G/DL <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT994 REFUS995 AUTRE996	G/DL <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT994 REFUS995 AUTRE996
220	VÉRIFIEZ 217: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 234) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 234) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 234) ←
221	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement.		
234	RETOURNEZ À 202 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA 1ÈRE COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S); S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER À 301 POUR VÉRIFIER SI FEMMES ÉLIGIBLES POUR TESTS D'ANÉMIE ET DE VIH.			

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES FEMMES DE 15-49 ANS

301	VÉRIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 302, 303 ET 304. S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
302	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9. NOM DE LA COLONNE 2.	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM
303	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2
304	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT MATRIMONIAL) :	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE 2

MESURE DU POIDS ET DE LA TAILLE DES FEMMES DE 15-49 ANS

305A	VÉRIFIER: EST-CE QUE DONNÉES ANTHROPOMÉTRIE (POIDS ET TAILLE) SONT DISPONIBLES? FILTRE POUR CAPI SEULEMENT ET SI UN AGENT ANTHROPOMÉTRIE UTILISE UN QUESTIONNAIRE PAPIER À PART POUR ENREGISTRER LE POIDS ET LA TAILLE.	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 308) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 308) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 308) ←
305 (3)	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996
306	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE9994 REFUS9995 AUTRE9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE9994 REFUS9995 AUTRE9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE9994 REFUS9995 AUTRE9996
307	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No. AGENT DE TERRAIN MESUREUR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No. AGENT DE TERRAIN MESUREUR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No. AGENT DE TERRAIN MESUREUR

308	VÉRIFIEZ 303 : ÂGE	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 310) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 310) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 310) ←
309	VÉRIFIEZ 304 : STATUT MATRIMONIAL	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 316) ← AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 316) ← AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 316) ← AUTRE 2

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES FEMMES DE 18-49 ANS

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____

CONSENTEMENT DE L'ENQUETEE ADULTE POUR LE TEST D'ANEMIE

C O N S E N T E M E N T A D U L T E	310	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoins de quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>		
	311	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 312) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 312) ←	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 312) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 312) ←	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 312) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 312) ←
	311A	VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : Êtes-vous enceinte ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

CONSENTEMENT DE L'ENQUETEE ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS

C O N S E N T E M E N T	312 (4)	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir le résultat de votre test, je peux vous remettre une carte avec un code lié à votre test et un numéro de téléphone, auquel vous devez appeler dans un mois ou deux pour demander le résultat de votre test. Si vous désirez vous y rendre en personne pour avoir le résultat de votre test, vous appelez au même numéro pour demander les informations pour s'y rendre.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
--	---------	---	--	--	--

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
NOM DE LA COLONNE 2.		NOM _____	NOM _____	NOM _____
N T A D U L T E (4)	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	ACCORDÉ 1 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST BIOMARQUEUR) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ENQUÊTÉE REFUSE 2 ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329)	ACCORDÉ 1 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST BIOMARQUEUR) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ENQUÊTÉE REFUSE 2 ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329)	ACCORDÉ 1 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST BIOMARQUEUR) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ENQUÊTÉE REFUSE 2 ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329)

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES FEMMES MINEURES DE 15-17 ANS

316	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE .	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)
-----	--	---	---	---

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANEMIE




P A R E N T A D U L T E R E S P .	317	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU MINEUR) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DU MINEUR) à participer au test d'anémie ?</p>		
	318	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 321) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 321)	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 321) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 321)	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 321) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 321)

	FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST D'ANÉMIE

C O N S E N T E M E N T D E M I N E U R E	319	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>		
	320	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 ← _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 321) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 321) ←	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 ← _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 321) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 321) ←	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 ← _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 321) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 321) ←
	320A	VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : Êtes-vous enceinte ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DE DBS

P A R E N T A D U L T E R E S P .	321 (4)	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons aussi à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le virus.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat du test de (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) veut savoir le résultat de son test, je peux lui remettre une carte avec un code lié à son test et un numéro de téléphone, auquel (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) doit appeler dans un mois ou deux pour demander le résultat de son test. Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) désire s'y rendre en personne pour avoir le résultat de son test, (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) appelle au même numéro pour demander les informations pour s'y rendre.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) à donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
	322 (4)	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 ← _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST  (SI REFUS, ALLEZ À 329) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329) ←	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 ← _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST  (SI REFUS, ALLEZ À 329) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329) ←	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 ← _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST  (SI REFUS, ALLEZ À 329) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329) ←

	FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LA COLLECTE DE DBS

C O N S E N T E M E N T D E M I N E U R E	323 (4)	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir le résultat de votre test, je peux vous remettre une carte avec un code lié à votre test et un numéro de téléphone, auquel vous devez appeler dans un mois ou deux pour demander le résultat de votre test. Si vous désirez vous y rendre en personne pour avoir le résultat de votre test, vous appelez au même numéro pour demander les informations pour s'y rendre.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
	324	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) ABSENTE/AUTRE 3

329	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
331	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE . G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996
332	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE. COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
333	RETOURNEZ À 302 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; SI PLUS DE FEMMES, ALLEZ À 401.			

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES FEMMES DE 15-49 ANS (SUITE)

		FEMME 4	FEMME 5	FEMME 6
302	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9. NOM DE LA COLONNE 2.	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
303	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2
304	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT MATRIMONIAL) :	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE 2

MESURE DU POIDS ET DE LA TAILLE DES FEMMES DE 15-49 ANS

305A	VÉRIFIER: EST-CE QUE DONNÉES ANTHROPOMÉTRIE (POIDS ET TAILLE) SONT DISPONIBLES? FILTRE POUR CAPI SEULEMENT ET SI UN AGENT ANTHROPOMÉTRIE UTILISE UN QUESTIONNAIRE PAPIER À PART POUR ENREGISTRER LE POIDS ET LA TAILLE.	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 308) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 308) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 308) ←
305 (3)	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996
306	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE9994 REFUS9995 AUTRE9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE9994 REFUS9995 AUTRE9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE9994 REFUS9995 AUTRE9996
307	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No. AGENT DE TERRAIN MESUREUR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No. AGENT DE TERRAIN MESUREUR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No. AGENT DE TERRAIN MESUREUR

308	VÉRIFIEZ 303 : ÂGE	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 310) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 310) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 310) ←
309	VÉRIFIEZ 304 : STATUT MATRIMONIAL	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 316) ← AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 316) ← AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 316) ← AUTRE 2

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES FEMMES DE 18-49 ANS

		FEMME 4	FEMME 5	FEMME 6
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____

CONSENTEMENT DE L'ENQUETEE ADULTE POUR LE TEST D'ANEMIE

C O N S E N T E M E N T A D U L T E	310	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoins de quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>		
	311	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 312) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 312) ←	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 312) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 312) ←	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 312) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 312) ←
	311A	VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : Êtes-vous enceinte ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

CONSENTEMENT DE L'ENQUETEE ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS

C O N S E N T E M E N T	312 (4)	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir le résultat de votre test, je peux vous remettre une carte avec un code lié à votre test et un numéro de téléphone, auquel vous devez appeler dans un mois ou deux pour demander le résultat de votre test. Si vous désirez vous y rendre en personne pour avoir le résultat de votre test, vous appelez au même numéro pour demander les informations pour s'y rendre.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
--	---------	---	--	--	--

		FEMME 4	FEMME 5	FEMME 6
NOM DE LA COLONNE 2.		NOM _____	NOM _____	NOM _____
N T A D U L T E	313	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.
	(4)	ACCORDÉ 1 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST BIOMARQUEUR) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ENQUÊTÉE REFUSE 2 ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329)	ACCORDÉ 1 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST BIOMARQUEUR) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ENQUÊTÉE REFUSE 2 ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329)	ACCORDÉ 1 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST BIOMARQUEUR) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ENQUÊTÉE REFUSE 2 ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329)

MESURE DU NIVEAU D'HEMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES FEMMES MINEURES DE 15-17 ANS

316	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE .	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)
-----	---	---	---	---

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANEMIE




P A R E N T A D U L T E R E S P .	317	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU MINEUR) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DU MINEUR) à participer au test d'anémie ?</p>		
	318	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 321) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 321)	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 321) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 321)	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 321) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 321)

		FEMME 4	FEMME 5	FEMME 6
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST D'ANÉMIE

C O N S E N T E M E N T D E M I N E U R E	319	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>		
	320	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 ← _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 321) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 321) ←	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 ← _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 321) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 321) ←	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 ← _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 321) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 321) ←
	320A	VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : Êtes-vous enceinte ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DE DBS

P A R E N T A D U L T E R E S P .	321 (4)	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons aussi à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le virus.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat du test de (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) veut savoir le résultat de son test, je peux lui remettre une carte avec un code lié à son test et un numéro de téléphone, auquel (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) doit appeler dans un mois ou deux pour demander le résultat de son test. Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) désire s'y rendre en personne pour avoir le résultat de son test, (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) appelle au même numéro pour demander les informations pour s'y rendre.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) à donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
	322 (4)	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 ← _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST  (SI REFUS, ALLEZ À 329) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329) ←	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 ← _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST  (SI REFUS, ALLEZ À 329) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329) ←	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 ← _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST  (SI REFUS, ALLEZ À 329) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329) ←

		FEMME 4	FEMME 5	FEMME 6
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____

CONSETEMENT DE L'ENQUETEE MINEURE POUR LA COLLECTE DE DBS

C O N S E T E M E N T D E M I N E U R E	323 (4)	DEMANDEZ LE CONSETEMENT DE L'ENQUETEE MINEURE POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir le résultat de votre test, je peux vous remettre une carte avec un code lié à votre test et un numéro de téléphone, auquel vous devez appeler dans un mois ou deux pour demander le résultat de votre test. Si vous désirez vous y rendre en personne pour avoir le résultat de votre test, vous appelez au même numéro pour demander les informations pour s'y rendre.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
	324	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUETEE MINEURE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 ENQUETEE MINEURE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 ENQUETEE MINEURE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) ABSENTE/AUTRE 3

329	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSETEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
331	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996
332	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUETEE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUETEE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUETEE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
333	RETOURNEZ À 302 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; SI PLUS DE FEMMES, ALLEZ À 401 POUR VÉRIFIER SI HOMMES ÉLIGIBLES POUR TEST DE VIH.			

TEST DU VIH DES HOMMES DE 15-59 ANS

401	VÉRIFIER LA COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUS LES HOMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 402, 403 ET 404. S'IL Y A PLUS DE 3 HOMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
402	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 10. NOM DE LA COLONNE 2.	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
403	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2
404	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT MATRIMONIAL) :	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE 2
408	VÉRIFIEZ 403 : ÂGE	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 412) ←	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 412) ←	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 412) ←
409	VÉRIFIEZ 404 : STATUT MATRIMONIAL	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 416) ← AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 416) ← AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 416) ← AUTRE 2

TEST DU VIH DES HOMMES DE 18-59 ANS

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS

C O N S E N T E M E N T A D U L T E	412 (4)	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir le résultat de votre test, je peux vous remettre une carte avec un code lié à votre test et un numéro de téléphone, auquel vous devez appeler dans un mois ou deux pour demander le résultat de votre test. Si vous désirez vous y rendre en personne pour avoir le résultat de votre test, vous appelez au même numéro pour demander les informations pour s'y rendre.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
	413 (4)	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	<p>ACCORDÉ 1</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST BIOMARQUEUR)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>ENQUÊTÉ REFUSE 2</p> <p>ABSENT/AUTRE 3</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 429) ←</p>	<p>ACCORDÉ 1</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST BIOMARQUEUR)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>ENQUÊTÉ REFUSE 2</p> <p>ABSENT/AUTRE 3</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 429) ←</p>	<p>ACCORDÉ 1</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST BIOMARQUEUR)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>ENQUÊTÉ REFUSE 2</p> <p>ABSENT/AUTRE 3</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 429) ←</p>

TEST DU VIH DES HOMMES MINEURS DE 15-17 ANS

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____
416	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE.	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DE DBS

P A R E N T A D U L T E R E S P .	421 (4)	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/AUTRE POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons aussi à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le virus.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat du test de (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) veut savoir le résultat de son test, je peux lui remettre une carte avec un code lié à son test et un numéro de téléphone, auquel (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) doit appeler dans un mois ou deux pour demander le résultat de son test. Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) désire s'y rendre en personne pour avoir le résultat de son test, (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) appelle au même numéro pour demander les informations pour s'y rendre.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) à donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
	422 (4)	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI REFUS, ALLEZ À 429) ABSENT/AUTRE 3 (ALLEZ À 429)	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI REFUS, ALLEZ À 429) ABSENT/AUTRE 3 (ALLEZ À 429)	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI REFUS, ALLEZ À 429) ABSENT/AUTRE 3 (ALLEZ À 429)

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LA COLLECTE DE DBS

C O N S E N T E M E N T D E M I N E U R E	423 (4)	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir le résultat de votre test, je peux vous remettre une carte avec un code lié à votre test et un numéro de téléphone, auquel vous devez appeler dans un mois ou deux pour demander le résultat de votre test. Si vous désirez vous y rendre en personne pour avoir le résultat de votre test, vous appelez au même numéro pour demander les informations pour s'y rendre.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
	424 (4)	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) ABSENT/AUTRE 3

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3				
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____				
429 (4)	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS							
432 (4)	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	<p style="text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</p> <p>ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996</p> <p>COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.</p>	<p style="text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</p> <p>ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996</p> <p>COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.</p>	<p style="text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</p> <p>ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996</p> <p>COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.</p>				
433	RETOURNEZ À 402 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE. S'IL N'Y A PLUS D'HOMMES, ALLER A Q434.							
434	FIN DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE NOTEZ L'HEURE.	HEURES MINUTES		<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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>				

TEST DU VIH DES HOMMES DE 15-59 ANS (SUITE)

401	VÉRIFIER LA COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUS LES HOMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 402, 403 ET 404. S'IL Y A PLUS DE 3 HOMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		HOMME 4	HOMME 5	HOMME 6
402	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 10. NOM DE LA COLONNE 2.	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
403	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2
404	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT MATRIMONIAL) :	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE 2
408	VÉRIFIEZ 403 : ÂGE	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 412) ←	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 412) ←	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 412) ←
409	VÉRIFIEZ 404 : STATUT MATRIMONIAL	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 416) ← AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 416) ← AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 416) ← AUTRE 2

TEST DU VIH DES HOMMES DE 18-59 ANS

		HOMME 4	HOMME 5	HOMME 6
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS

C O N S E N T E M E N T	412 (4)	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir le résultat de votre test, je peux vous remettre une carte avec un code lié à votre test et un numéro de téléphone, auquel vous devez appeler dans un mois ou deux pour demander le résultat de votre test. Si vous désirez vous y rendre en personne pour avoir le résultat de votre test, vous appelez au même numéro pour demander les informations pour s'y rendre.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test du VIH ?</p>
--	------------	---	--

		HOMME 4	HOMME 5	HOMME 6
NOM DE LA COLONNE 2.		NOM _____	NOM _____	NOM _____
N T A D U L T E	413	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.
	(4)	ACCORDÉ 1 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST BIOMARQUEUR) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ENQUÊTÉ REFUSE 2 ABSENT/AUTRE 3 (ALLEZ À 429) ←	ACCORDÉ 1 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST BIOMARQUEUR) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ENQUÊTÉ REFUSE 2 ABSENT/AUTRE 3 (ALLEZ À 429) ←	ACCORDÉ 1 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST BIOMARQUEUR) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ENQUÊTÉ REFUSE 2 ABSENT/AUTRE 3 (ALLEZ À 429) ←

TEST DU VIH DES HOMMES MINEURS DE 15-17 ANS

416	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE.	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)
-----	--	---	---	---

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DE DBS

P A R E N T A D U L T E R E S P .	421	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons aussi à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le virus.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat du test de (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) veut savoir le résultat de son test, je peux lui remettre une carte avec un code lié à son test et un numéro de téléphone, auquel (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) doit appeler dans un mois ou deux pour demander le résultat de son test. Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) désire s'y rendre en personne pour avoir le résultat de son test, (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) appelle au même numéro pour demander les informations pour s'y rendre.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) à donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
	(4)	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI REFUS, ALLEZ À 429) ABSENT/AUTRE 3 (ALLEZ À 429) ←	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI REFUS, ALLEZ À 429) ABSENT/AUTRE 3 (ALLEZ À 429) ←	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN TEST) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI REFUS, ALLEZ À 429) ABSENT/AUTRE 3 (ALLEZ À 429) ←

		HOMME 4	HOMME 5	HOMME 6
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LA COLLECTE DE DBS

C O N S E N T E M E N T D E M I N E U R E	423 (4)	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir le résultat de votre test, je peux vous remettre une carte avec un code lié à votre test et un numéro de téléphone, auquel vous devez appeler dans un mois ou deux pour demander le résultat de votre test. Si vous désirez vous y rendre en personne pour avoir le résultat de votre test, vous appelez au même numéro pour demander les informations pour s'y rendre.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
	424 (4)	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) ABSENT/AUTRE 3

429 (4)	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS							
432 (4)	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</div> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</div> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</div> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.				
433	RETOURNEZ À 402 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE. S'IL N'Y A PLUS D'HOMMES, ALLER A Q434.							
434	FIN DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE NOTEZ L'HEURE.	HEURES	MINUTES	<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; margin-left: auto;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE
À REMPLIR, UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'INTERVIEW :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

NOTES: SUR LES TESTS BIOMARQUEURS :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

MÉNAGE: NOTES

- (1) Cette section doit être adaptée selon le plan de l'enquête spécifique au pays.
- (2) Augmenter la durée de l'interview déclarée aux enquêtés si des modules sont ajoutés au questionnaire.
- (3) À Q.18, il s'agit de l'année scolaire en cours au moment où l'enquête commence. Si l'enquête commence entre deux années scolaires, c'est l'année scolaire qui vient juste de se finir qui doit être prise en compte.
- (4) Les pays qui utilisent des sachets d'eau (petit sac en plastique rempli d'eau) comme source d'approvisionnement de l'eau de boisson doivent ajouter la catégorie séparée SACHET D'EAU après EAU EN BOUTEILLE et suivre la même instruction de passage que pour les ménages qui utilisent L'EAU EN BOUTEILLE (posez Q. 102, provenance de l'eau à d'autres fins). De même, les pays qui ont des kiosques à eau doivent ajouter une catégorie séparée KIOSQUE À EAU et suivre la même instruction de passage que pour les ménages qui utilisent de L'EAU EN BOUTEILLE.
- (5) Les codes doivent être développés localement; Cependant, les grandes catégories doivent être maintenues.
- (6) Ajouter tout autre animal spécifique au pays comme les zébus, buffles, chameaux, lamas, alpagas, porcs, canards, oies ou éléphants.
- (7) Chaque pays doit ajouter au moins 5 types de meubles à la liste (comme une table, une chaise, un canapé, un lit, une armoire ou un placard). De plus, chaque pays doit ajouter, au moins, 4 appareils électro-ménagers de telle sorte que la liste comprenne, au moins 3 équipements que même un ménage pauvre peut posséder, 3 équipements qu'un ménage à revenu moyen peut posséder et, au moins, 3 équipements qu'un ménage à revenu élevé peut posséder. À titre indicatif, on peut ajouter les équipements suivants : un réveil/pendule, une pompe à eau, un moulin à grain, un ventilateur, un mixeur, un chauffe-eau, un générateur, une machine à laver le linge, un four micro-onde, un appareil DVD, un appareil à cassettes ou CD, une caméra, l'air conditionné ou un climatiseur, ou une machine à coudre.
- (8) La question doit être supprimée dans les pays qui ne sont pas affectés par le paludisme.
- (9) La question doit être adaptée localement en utilisant le nom de la campagne de distribution de masse.
- (10) Différents kits de test pour l'iode sont disponibles. Le kit de test approprié doit être choisi dans chaque pays en fonction du type d'iode fortifiant utilisé dans le pays (iodate de potassium iodate ou iodure de potassium). Si les deux types de fortifiants sont utilisés, alors les deux kits de test peuvent être utilisés.

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
QUESTIONNAIRE FEMME

REPUBLIQUE DE GUINEE
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION										
NOM DE LA LOCALITÉ _____										
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____										
NUMÉRO DE GRAPPE				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						
NUMÉRO DE MÉNAGE				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						
REGION ADMINISTRATIVE										
REGION NATURELLE										
NUMÉRO DISTRICT SANITAIRE				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>						
MILIEU DE RESIDENCE (1= VILLE DE CONAKRY, 2=AUTRE VILLE, 3=RURAL)										
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>						
VISITES D'ENQUÊTES										
	1	2	3	VISITE FINALE						
DATE	_____	_____	_____	JOUR _____						
				MOIS _____						
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	ANNÉE No ENQUÊT						
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>8</td></tr> </table>	2	0	1	8		
2	0	1	8							
PROCHAINE DATE VISITE HEURE	_____	_____		RÉSULTAT* _____						
				NOMBRE TOTAL DE VISITES _____						
*CODES RÉSULTAT : 1 COMPLÉTÉ 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ 7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ (PRÉCISEZ)										
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**		LANGUE DE L'INTERVIEW**		LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE**						
<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> </table>		0	1	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
0	1									
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**		TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2)								
FRANÇAIS										
**CODES LANGUES :										
		01 FRANÇAIS	04 MALINKE	07 KPELE						
		02 SOUSSOU	05 KISSI	08 AUTRE _____						
		03 PEUL	06 LOMA	(PRÉCISEZ)						
CHEF D'ÉQUIPE			CONTRÔLE BUREAU							
NOM	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			
	NUMÉRO		NUMÉRO							