

ENQUÊTE INTERMÉDIAIRE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
DU RWANDA
QUESTIONNAIRE MÉNAGE

Institut National de la Statistique du Rwanda

RÉPUBLIQUE DU RWANDA

IDENTIFICATION																					
NOM DE LA LOCALITÉ _____				<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																					
PROVINCE																					
DISTRICT																					
NUMÉRO DE GRAPPE																					
NUMÉRO DE STRUCTURE																					
NUMÉRO DE MÉNAGE																					
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)																					
VILLE DE KIGALI/AUTRE VILLE/RURAL)																					
(VILLE DE KIGALI=1, AUTRE VILLE=2, RURAL=3)																					
VITES D'ENQUÊTRICES																					
	1	2	3	VISITE FINALE																	
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td>0</td></tr> </table> N° ENQUÊTRICE. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> RÉSULTAT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>									2	0	0						
2	0	0																			
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____																		
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																	
PROCHAINE: DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> </table>																	
HEURE	_____	_____																			
CODES RÉSULTATS: 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VACANT OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ (PRÉCISER)				TOTAL DANS LE MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR QUESTIONNAIRE MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																	

CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLEUSE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	NOM _____		
DATE _____	DATE _____		

CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour L'Institut National de la Statistique du Rwanda. Nous effectuons une enquête nationale concernant divers problèmes de santé. Nous souhaiterions que vous paricipiez à cette enquête. L'enquête dure habituellement entre 10 et 15 minutes.

Dans le cadre de cette enquête, nous voudrions tout d'abord vous poser quelques questions sur votre ménage. Toutes les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles. La participation à cette enquête est totalement volontaire. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne souhaitez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante, ou vous pouvez interrompre l'interview à n'importe quel moment. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est particulièrement importante.

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

Signature de l'enquêtrice (eur): _____ Date: _____

L'ENQUÊTÉ(E) ACCEPTE DE RÉPONDRE 1 L'ENQUÊTÉ(E) REFUSE DE RÉPONDRE..... 2 → FIN

TABLEAU DE MÉNAGE

N° LIGNE.	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		Quel âge a (NOM)?	SI MOINS D'UN AN INSCRIRE "00" SI 95 ANS OU PLUS INSCRIRE "95"	SI 15 ANS OU PLUS	ÉLIGIBILITÉ		
				ÉTAT MATRIMONIAL	ENCERCLER LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS			ENCERCLER LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS	ENCERCLER LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS		
	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 LE NOM DES MEMBRES DU MÉNAGE ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE DE CHAQUE PERSONNE, POSER LES Q2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE DES MEMBRES EST COMPLÈTE. POSER ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5 À 10 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 est l'état matrimonial actuel de (NOM)? 1=MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF/VEUVE 4 = JAMAIS MARIÉ/ N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	
01		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	<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	

CODES POUR Q3: LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE

- | | |
|----------------------------|---|
| 01 = CHEF DE MÉNAGE | 08 = FRÈRE OU SOEUR |
| 02 = FEMME OU MARI | 09 = NIÈCE/NEVEU DIRECT |
| 03 = FILS OU FILLE | 10 = NIÈCE/NEVEU PAR ALLIANCE |
| 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE | 11 = AUTRES PARENTS |
| 05 = PETIT-FILS/FILLE | 12 = ADOPTÉ/EN GARDE/ ENFANT DE LA FEMME/MARI |
| 06 = PÈRE/MÈRE | 13 = SANS PARENTÉ |
| 07 = BEAU-PARENT | 98 = NE SAIT PAS |

N° LIGNE.	RESIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MENAGE	SEXE	RESIDENCE		Quel âge a (NOM)?	SI 15 ANS OU PLUS		ELIGIBILITE		
				(NOM) vit-il/elle ici habituellement?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici?		ETAT MATRIMONIAL	ENCERCLER LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	ENCERCLER LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES HOMMES DE 15-59 ANS	ENCERCLER LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES ENFANTS DE 0-5 ANS	
	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. APRES AVOIR LISTE LE NOM DES MEMBRES DU MENAGE ET ENREGISTRE LE LIEN DE PARENTE ET LE SEXE DE CHAQUE PERSONNE, POSER LES Q2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE DES MEMBRES EST COMPLETE. POSER ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5 À 10 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 MOINS D'UN AN INSCRIRE "00" SI 95 ANS OU PLUS INSCRIRE "95"	Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM)? 1=MARIE OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCE/ SEPARÉ 3 = VEUF/VEUVE 4 = JAMAIS MARIE/ N'A JAMAIS VECU AVEC QUELQU'UN	ENCERCLER LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	ENCERCLER LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES HOMMES DE 15-59 ANS	ENCERCLER LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES ENFANTS DE 0-5 ANS	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)		(8)	(9)	(10)	(11)	
11		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	11	11	11	
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	12	12	12	
13		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	13	13	13	
14		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	14	14	14	
15		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	15	15	15	
16		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	16	16	16	
17		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	17	17	17	
18		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	18	18	18	
19		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	19	19	19	
20		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	20	20	20	

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

- 2A) Juste pour être sûre que j'ai une liste complète
Y-a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas listés? OUI AJOUTER AU TABLEAU NON
- 2B) Ya-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille, tels que des domestiques, employés, locataires ou amis qui vivent habituellement ici? OUI AJOUTER AU TABLEAU NON
- 2C) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listés? OUI AJOUTER AU TABLEAU NON

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

- 01 = CHEF DE MÉN/08 = FRÈRE OU SOEUR
02 = FEMME OU MA 09 = NIÉE/NEVEU DIRECT
03 = FILS OU FILLE 10 = NIÉE/NEVEU PAR ALLIANCE
04 = GENDRE OU 11 = AUTRES PARENTS
BELLE-FILLE 12 = ADOPTÉ/EN GARDE/
05 =PETIT-FILS/FILL ENFANT DE LA FEMME/MARI
06 = PÈRE/MÈRE 13 = SANS PARENTÉ
07= BEAU-PARENT 98 = NE SAIT PAS

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À															
107	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTRER L'OBSERVATION	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE 11 BOUSE 12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BOIS PLANCHES 21 PARMISERS/BAMBOUS 22 MATÉRIAU MODERNE PARQUET OU BOIS POLI 31 VINYLE OU LINO/ASPHALTE ... 32 CARREAUX 33 CIMENT 34 MOQUETTE/CARPET 35 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																
108	Dans votre ménage, y a-t-il quelqu'un qui possède : Une bicyclette? Une mobylette ou une motocyclette? Une voiture ou une camionnette? Un téléphone mobile ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">OUI</td> <td style="text-align: center;">NON</td> </tr> <tr> <td>BICYCLETTE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MOBYLETTE/ MOTOCYCLETTTE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE/CAMIONNETTE .</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEPHONE MOBILE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	BICYCLETTE	1	2	MOBYLETTE/ MOTOCYCLETTTE	1	2	VOITURE/CAMIONNETTE .	1	2	TELEPHONE MOBILE	1	2	
	OUI	NON																
BICYCLETTE	1	2																
MOBYLETTE/ MOTOCYCLETTTE	1	2																
VOITURE/CAMIONNETTE .	1	2																
TELEPHONE MOBILE	1	2																
108A	Y-a-t-il des membres de votre ménage qui ont une assurance maladie ?	OUI 1 NON 2	→ 108D															
108B	Quel type d'assurance maladie possédez-vous ?	MUTUELLE DE SANTÉ A RAMA B MMI C ASSURANCE PRIVÉE D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	→ 108D → 108D															
108C	Combien de membres de votre ménage adhèrent-ils à la mutuelle de santé ?	TOTAL MEMBRES <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></table> NO. DES ENFANTS <5 ... <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></table>																
108D	VÉRIFIER: SI LE PROVINCE EST KIGALI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 109															
108E	Est ce que votre ménage a été pulvérisé entre d'août et octobre de l'année 2007?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 3																
109	Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir?	OUI 1 NON 2	→ PASSER AU TABLEAU PALUDISME															
109a	Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il? S'IL Y EN A 7 OU PLUS, ENREGISTREZ '7'	NBR. DE MOUSTIQUAIRES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 30px;"></td></tr></table>																

		MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3
110	DEMANDEZ À L'ENQUÊTE DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES DANS LE MÉNAGE.	PERMANET 1 OLYSET 2 NSP 3 PAS OBSERVEE . 4	PERMANET 1 OLYSET 2 NSP 3 PAS OBSERVEE . 4	PERMANET 1 OLYSET 2 NSP 3 PAS OBSERVEE . 4
111	Depuis combien de temps votre ménage possède-t-il cette moustiquaire ? SI C'EST MOINS D'UN MOIS, INSCRIVEZ '00'	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU PLUS ... 96 NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU PLUS ... 96 NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU PLUS ... 96 NE SAIT PAS 98
111A	VERIFIER Q. 111 MOUSTIQUAIRE OBTENUE DANS LES 6 MOIS PASSÉS.	OUI 1 NON 2 PASSER À 112 ←	OUI 1 NON 2 PASSER À 112 ←	OUI 1 NON 2 PASSER À 112 ←
111B	Où avez-vous obtenu cette moustiquaire ?	SECTEUR PUBLIC HÔP. DE REF/ DE DISTRICT . 12 C. DE SANTÉ 13 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE ... 22 MÉDECIN PRIVÉ . 23 INFIRMIÈRE..... 25 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCES BOUTIQUE/KIOS/ MARCHE 31 ÉGLISE 32 PARENTS/AMIS ... 33 AUTRE 96 (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔP. DE REF/ DE DISTRICT . 12 C. DE SANTÉ 13 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE ... 22 MÉDECIN PRIVÉ . 23 INFIRMIÈRE..... 25 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCES BOUTIQUE/KIOS/ MARCHE 31 ÉGLISE 32 PARENTS/AMIS ... 33 AUTRE 96 (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔP. DE REF/ DE DISTRICT . 12 C. DE SANTÉ 13 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE ... 22 MÉDECIN PRIVÉ . 23 INFIRMIÈRE..... 25 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCES BOUTIQUE/KIOS/ MARCHE 31 ÉGLISE 32 PARENTS/AMIS ... 33 AUTRE 96 (PRÉCISER)
111BB	Comment avez-vous obtenu cette moustiquaire ?	PENDENT LA CAMP- AIGN DE LA VACCINATION . 1 PENDENT LA CAMP- AIGN DE LA VACCINATION SPECIAL 2 PENDENT LES VISITS 3 MAGASIN 4 VOLONTAIRE DU PROGRAM PNL. 5 OTHER 6 (SPECIFY) NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 407)	PENDENT LA CAMP- AIGN DE LA VACCINATION . 1 PENDENT LA CAMP- AIGN DE LA VACCINATION SPECIAL 2 PENDENT LES VISITS 3 MAGASIN 4 VOLONTAIRE DU PROGRAM PNL. 5 OTHER 6 (SPECIFY) NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 435)	PENDENT LA CAMP- AIGN DE LA VACCINATION . 1 PENDENT LA CAMP- AIGN DE LA VACCINATION SPECIAL 2 PENDENT LES VISITS 3 MAGASIN 4 VOLONTAIRE DU PROGRAM PNL. 5 OTHER 6 (SPECIFY) NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 435)
111C	A combien avez-vous acheté cette moustiquaire ?	PRIX <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 9996 NE SAIT PAS ... 9998	PRIX <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 9996 NE SAIT PAS ... 9998	PRIX <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 9996 NE SAIT PAS ... 9998

		MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3
112	OBSERVER OU DEMANDER LA MARQUE DE LA MOUSTIQUAIRE.	PERMANENT TUZANET 1 MAMANET 2 IMPRÉGNÉE ORGINE 3 AUTRE 4 NSP/PAS SURE . 5	PERMANENT TUZANET 1 MAMANET 2 IMPRÉGNÉE ORGINE 3 AUTRE 4 NSP/PAS SURE . 5	PERMANENT TUZANET 1 MAMANET 2 IMPRÉGNÉE ORGINE 3 AUTRE 4 NSP/PAS SURE . 5
112D	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire?	OUI 1 NON 2 PASSER À 112F ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 PASSER À 112F ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 PASSER À 112F ← NE SAIT PAS 8
112D	Est-ce que, la nuit d'avant dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire?	OUI 1 NON 2 PASSER À 112F ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 PASSER À 112F ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 PASSER À 112F ← NE SAIT PAS 8
112E	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ? REPORTER LE NUMERO DE LIGNE À PARTIR TABLEAU DE 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"/>
112F		RETOURNEZ À Q. 111 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS AUCUNE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, ALLER AU TABLEAU PALUDISM	RETOURNEZ À Q. 111 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS AUCUNE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, ALLER AU TABLEAU PALUDISM	RETOURNEZ À Q. 111 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS AUCUNE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, ALLER AU TABLEAU PALUDISM

TABLEAU DU DIAGNOSTIC DU PALUDISME POUR ENFANTS

*** DÉCLARATION POUR LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR L'ANÉMIE ET LE DIAGNOSTIC DU PALUDISME POUR LES ENFANTS**
 Dans cette enquête, nous voulons mesurer le niveau de l'anémie et de parasitémie chez les femmes et les enfants moins de 6 ans. Le Paludisme est la première cause de mortalité et de morbidité au Rwanda, affectant plus particulièrement les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. L'anémie est un problème de santé qui est dû à une alimentation pauvre et qui peut être causé par le paludisme. Les résultats de cette enquête permettront Nous demandons que tous les enfants nés en 2000 ou après participent au test de parasitémie et d'anémie en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt (ou le talon si l'enfant a moins de 6 mois). Pour prélever ces gouttes on utilisera des instruments neufs, stériles et non réutilisables. Les résultats vous seront communiqués immédiatement après la prise de sang et ensuite gardés toujours confidentiels. Pour tous les enfants chez qui le test de diagnostic du Paludisme sera positif, seront traités gratuitement selon la politique nationale de traitement. Les enfants avec anémie sévère seront transférés dans les centres de santé pour une prise en charge gratuite.

Avez-vous des questions ?
Maintenant, acceptez-vous que (NOM DES ENFANTS) participent à ces tests ?
 PASSER À LA COLONNE (113) ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ

DIAGNOSTIC DU PALUDISME DES ENFANTS NÉS EN 2002 OU APRÈS										
N° DE LIGNE	NOM DE LA COL.(11)	ÂGE DE LA COL.(7)	Quelle est la date de la naissance de (NOM)?*			N° DE LIGNE PARENT/ ADULTE RESPONSIBLE**	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT/ADULTE RESPONSIBLE	RÉSULTAT DU TEST RAPIDE	RÉSULTAT	ÉTIQUETTES
	DE LA COL.(2)	DE LA COL.(7)	JOUR	MOIS	ANNÉE		ENCERCLER CODE (ET SIGNER)	1. TEST RAPIDE 2. GOUTTE ÉPAISSE 3. ABSENT 4. REFUSÉ 5. PROB TECH 6. AUTRE (PRÉCISER)	A CHIFFRES ALÉATOIRES	
113	114	115	116	117	118	119	120	121		
							ACCORDÉ 1 → SIGNER 2 → PASSER À 120	POSITIF NÉGATIF INDÉTER MINÉ	COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE (CI)	
							REFUSÉ OU NON LU 2 → PASSER À 120		COLLER LA 2e SUR LE TEST RAPIDE COLLER LA 3e SUR LA LAMIE	
							1 → SIGNER 2 → PASSER À 120		COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE (CI)	
							1 → SIGNER 2 → PASSER À 120		COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE (CI)	
							1 → SIGNER 2 → PASSER À 120		COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE (CI)	
							1 → SIGNER 2 → PASSER À 120		COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE (CI)	
							1 → SIGNER 2 → PASSER À 120		COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE (CI)	

*POUR LES ENFANTS NON INCLUS DANS AUCUNE DES SECTIONS 2 SUR REPRODUCTION (ORPHELINS, ENFANTS ADOPTÉS, ETC.), DEMANDER LE JOUR, LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA NAISSANCE. POUR TOUS LES AUTRES ENFANTS, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA Q.215 DANS LA SECTION 2 DE LEUR MÈRE ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE.
 ** ENREGISTRER '00' S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE

TABLEAU DU DIAGNOSTIC DU PALUDISME POUR LES FEMMES

• DÉCLARATION POUR LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR L'ANÉMIE ET LE DIAGNOSTIC DU PALUDISME POUR LES FEMMES

Dans cette enquête, nous voulons mesurer le niveau de l'anémie et de parasitémie chez les femmes et les enfants moins de 6 ans. Le Paludisme est la première cause de mortalité et de morbidité au Rwanda, affectant plus particulièrement les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. L'anémie est un problème de santé qui est dû à une alimentation pauvre et qui peut être causé par le paludisme. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter le Paludisme et l'anémie.

Avez-vous des questions ?
Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ces tests ?
Maintenant, acceptez-vous que (NOM DU JEUNE) participe à ces tests ?
PASSER À LA COLONNE (122) ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ

N° DE LIGNE.	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(7)	VÉRIFIER L'ÂGE DANS LA COLONNE (123)	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT OU À L'ADULTE RESPONSIBLE ENCERCLEZ LE CODE (ET SIGNER)	LIRE LE CONSENTEMENT À LA FEMME ENCERCLEZ LE CODE (ET SIGNER)	RÉSULTAT DU TEST RAPIDE	FEMMES ACTUELLEMENT ENCEINTE	RÉSULTAT 1. TEST RAPIDE 2. GOUTTE ÉPAISSE 3. ABSENTE 4. REFUSÉ 5. PROB TECH 6. AUTRE (PRÉCISER)	ÉTIQUETTES À CHIFFRES ALÉATOIRES COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI COLLER LA 2e SUR LE TEST RAPIDE COLLER LA 3e SUR LA LAME
122	123	124	125	126	127	128	129	130	131
			ÂGE 15-17 18+ 1 2 ↓ PASSER À 127	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	SI 127 NÉGALE PAS 1. PASSER À 130 POSITIF 1 NÉGATIF 2 INDÉTERMINÉ 3	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
			1 2 ↓ PASSER À 127	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	SI 127 NÉGALE PAS 1. PASSER À 130 POSITIF 1 NÉGATIF 2 INDÉTERMINÉ 3	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI
			1 2 ↓ PASSER À 127	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	SI 127 NÉGALE PAS 1. PASSER À 130 POSITIF 1 NÉGATIF 2 INDÉTERMINÉ 3	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI
			1 2 ↓ PASSER À 127	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	SI 127 NÉGALE PAS 1. PASSER À 130 POSITIF 1 NÉGATIF 2 INDÉTERMINÉ 3	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI
			1 2 ↓ PASSER À 127	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	SI 127 NÉGALE PAS 1. PASSER À 130 POSITIF 1 NÉGATIF 2 INDÉTERMINÉ 3	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COLLER LA 1ère ÉTIQUETTE ICI

TABLEAU D'HÉMOGLOBINE POUR ENFANTS

PASSÉ À LA COLONNE (132) ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ

MESURÉ DE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS NÉS EN 2002 OU APRÈS

N° DE LIGNE: DE LA COL.(11)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(7)	Quelle est la date de la naissance de (NOM)?*	N° DE LIGNE PARENT/ ADULTE RESPONSIBLE**	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT/ADULTE RESPONSIBLE ENCERCLEZ LE CODE (ET SIGNER)	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE (G/DL)	RESULTAT 1. MESURÉ 2. ABSENT 3. REFUSÉ 4. PROB TECH 5. AUTRE (PRÉCISER)
132	133	134	135	136	137	138	139
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	JOUR MOIS ANNÉE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACCORDÉ 1 ↓ SIGNER _____ 2 REFUSÉ OU NON LU 2 PASSER À 139 ↓	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ↓ SIGNER _____ 2 PASSER À 139 ↓	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ↓ SIGNER _____ 2 PASSER À 139 ↓	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ↓ SIGNER _____ 2 PASSER À 139 ↓	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ↓ SIGNER _____ 2 PASSER À 139 ↓	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*POUR LES ENFANTS NON INCLUS DANS AUCUNE DES SECTIONS 2 SUR REPRODUCTION (ORPHELINS, ENFANTS ADOPTÉS, ETC.), DEMANDER LE JOUR, LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA NAISSANCE.
 POUR TOUS LES AUTRES ENFANTS, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA Q.215 DANS LA SECTION 2 DE LEUR MÈRE ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE.
 ** ENREGISTRER '00' S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MENAG

TABEAU D'HÉMOGLOBINE POUR FEMMES

PASSÉ À LA COLONNE (140) ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ

N° DE LIGNE: DE LA COL.(9)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(7)	VÉRIFIER L'ÂGE DANS LA COLONNE (123)	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT OU À ADULTE RESPONSIBLE ENCERCLEZ LE CODE (ET SIGNER)	LIRE LE CONSENTEMENT À LA FEMME ENCERCLEZ LE CODE (ET SIGNER)	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE (G/DL)	FEMMES ACTUELLEMENT ENCEINTE	RESULTAT 1. MESURÉ 2. ABSENT 3. REFUSÉ 4. PROB TECH 5. AUTRE (PRÉCISER)
140	141	142	143	144	145	146	147	148
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ÂGE 15-17 1 2 ↓ PASSER À 145	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	SI 145 N'ÉGALE PAS 1. PASSER À 148	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ PASSER À 145	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	SI 145 N'ÉGALE PAS 1. PASSER À 148	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ PASSER À 145	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	SI 145 N'ÉGALE PAS 1. PASSER À 148	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ PASSER À 145	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	SI 145 N'ÉGALE PAS 1. PASSER À 148	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ PASSER À 145	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	SI 145 N'ÉGALE PAS 1. PASSER À 148	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1 2 ↓ PASSER À 145	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	ACCORDÉ..... 1 REFUSÉ..... 2 PAS LU..... 3 SIGNER _____	SI 145 N'ÉGALE PAS 1. PASSER À 148	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 3	<input type="checkbox"/>

149	<p>VERIFIER LES QUESTIONS 46 (POUR LES ENFANTS) ET 56/57 (POUR LES ADULTES) :</p> <p>NOMBRE DE RÉSIDENTS HABITUELS DONT LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE EST INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE : MOINS DE 7g/dL POUR LES ENFANTS, POUR LES HOMMES, ET POUR LES FEMMES QUI NE SONT PAS ENCEINTES (OU QUI NE SAVENT PAS SI ELLES SONT ENCEINTES) ; MOINS DE 9g/dL POUR LES FEMMES ENCEINTES.</p> <p>UNE OU PLUS  AUCUNE </p> <p>DONNER À CHAQUE ADULTE OU ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE ET LIRE LA DÉCLARATION CI-DESSOUS (Q. 150) À LA PERSONNE AVEC FAIBLE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.</p> <p>DONNER À L'ADULTE/ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE.</p>
150	<p>Nous avons détecté un faible niveau d'hémoglobine dans (votre sang/le sang de NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS). Cela signifie que (vous/NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) êtes sévèrement anémié(e), ce qui est un problème de santé sérieux. Nous vous recommandons de vous rendre dans un centre de santé dès que possible pour être examiné et obtenir un traitement. DONNEZ-LEUR LA FICHE DE REFERENCE POUR L'ANEMIE.</p>

