

QUESTIONNAIRE AU NIVEAU MENAGE: DEPISTAGE de l'EPILEPSIE

Nom de l'enquêteur: _____ Signature: _____
Village: _____ Date (JJ/MM/AAAA): __ __ / __ __ / 201__

Caractéristiques du ménage:

CODE UNIQUE du ménage (E/VV/MMM): __ / __ __ / __ __ __

(E = numéro équipe; VV = numéro village; MMM = numéro ménage)

1) Nom du chef de ménage (*): _____ Tel _____

2) Est-ce que la famille est originaire du village: OUI NON Si non, depuis quand la famille vit dans le village? _____ (années)

3) Activité principale génératrice de revenus de la famille:

Agriculteur Eleveur de bétail Pêcheur Employé Artisan Autre, spécifiez: _____

4) Est-ce qu'un membre du ménage avec épilepsie est décédé? OUI NON NE SAIT PAS

Si OUI, Quand (année): _____

A quel âge: _____ ans

Si OUI, Quand (année): _____

A quel âge: _____ ans

Si OUI, Quand (année): _____

A quel âge: _____ ans

Si OUI, Quand (année): _____

A quel âge: _____ ans

Si OUI, Quand (année): _____

A quel âge: _____ ans

(*) Définition ménage:

l'ensemble des occupants d'un même logement sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté;

L'INSEE utilise comme définition pour ménage le critère de consommation, c.-à-d. les personnes prenant leurs repas en commun.

DEPISTAGE EPILEPSIE:

Pour chaque personne du ménage poser les 5 questions aux membres du ménage concerné
Si au moins 1 OUI, proposer de participer à l'étude et référer au neurologue. [*IN : INconnu]

| 1. No. pers. | | 2. Age | 3. Genre | | 4.1 QUESTION 1 | | | 4.2 QUESTION 2 | | | 4.3 QUESTION 3 | | | 4.4 QUESTION 4 | | | 4.5 QUESTION 5 | | |
|--------------------------|--------------------------|---|----------------------------|----------------------------|---|------------------------------|-----------------------------|---|------------------------------|-----------------------------|--|------------------------------|-----------------------------|---|------------------------------|-----------------------------|--|------------------------------|-----------------------------|
| Présent | Absent | (années ou mois) Exemple: 9 mois = 9M; 12 ans = 12A | M=masculin; F=féminin | | Perte(s) de connaissance; avec ou sans perte d'urine; avec ou sans émission de bave ? | | | Absence(s) ou perte(s) de contact avec l'entourage de début brutal et de durée brève? | | | Secousses ou mouvements anormaux incontrôlables d'un ou des membres (convulsions), de début soudain et d'une durée de quelques minutes | | | Apparition brutale et de durée brève de sensations corporelles étranges, d'hallucinations ou d'illusions visuelles, auditives ou olfactives ? | | | A-t-on déjà dit au sujet qu'il était épileptique ou qu'il avait déjà fait au moins 2 crises d'épilepsie ? | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | IN <input type="checkbox"/> |

PERSONNES SUSPECTEES DE SOUFFRIR D'EPILEPSIE A REFERER VERS LE CENTRE DE SANTE (INFIRMIER/MEDECIN/NEUROLOGUE):

| | | | | |
|----------------------------|------------------------|------------|-----------------|-----------------------|
| CODE UNIQUE (E/VV/MMM/PP): | __ / __ / __ / __ / __ | Nom: _____ | Genre (M/F): __ | Age: _____ (ans/mois) |
| CODE UNIQUE (E/VV/MMM/PP): | __ / __ / __ / __ / __ | Nom: _____ | Genre (M/F): __ | Age: _____ (ans/mois) |
| CODE UNIQUE (E/VV/MMM/PP): | __ / __ / __ / __ / __ | Nom: _____ | Genre (M/F): __ | Age: _____ (ans/mois) |
| CODE UNIQUE (E/VV/MMM/PP): | __ / __ / __ / __ / __ | Nom: _____ | Genre (M/F): __ | Age: _____ (ans/mois) |