**Exemple 1**

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

**Responsable de l'équipe d'enquête :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Carte de vaccination** | | **Interview** | | **Livre de bord du registre** | |
| Numéro de série | Date de naissance ou âge | Première dose | Deuxième dose | Première dose | Deuxième dose | Première dose | Deuxième dose |
|  |  | **Entourez la bonne reponse**  **C = Vaccination complète\* I = Vaccination incomplète\*\* N = Vaccin non administré** | | | | | |
|  |  | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N |
|  |  | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N |
|  |  | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N |
|  |  | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N |
|  |  | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N |
|  |  | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N |
|  |  | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N |
|  |  | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N |
|  |  | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N |
|  |  | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N |
|  |  | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N |
|  |  | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N |
|  |  | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N |
|  |  | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N | C I N |

1. En cas d'absence de numéro de série, veuillez indiquer toutes les informations qui pourraient aider à localiser la personne interrogée

\* Les personnes qui ont bu et avalé 2 doses complètes (quantités complètes) du vaccin contre le choléra dans les délais recommandés

\*\* Les personnes qui n'ont pas ingéré la totalité de l'une des doses administrées (y compris celles qui ont craché ou vomi après l'administration)