QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou les gardiennes (voir la colonne HL8 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir la colonne HL5 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).

MODULE SUR L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET EDUCATION DE LA PETITE ENFANCE.

N° DE LIGNE DE L'ENFANT VOIR HL1	N° DE LIGNE DE LA MERE/ GARDIENNE	UF9. RESULTAT DES INTERVIEWS DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS	BR1 (Nom) A-T-IL UN CERTIFICAT/ ACTE DE NAISSANCE ? PUIS-JE LE VOIR ?	BR2. LA NAISSANCE DE (NOM) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/ DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?	BR3. POURQUOI LA NAISSANCE DE (NOM) N'A PAS ETE ENREGISTREE ?	BR4. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT	BR5. VERIFIER L'AGE DE L'ENFANT (QUESTION UF11 : ENFANT AGE DE 3 OU 4 ANS 2. OUL ⇒ CONTINUER AVEC BR6 2. NON. ⇒ PASSER A BR8
		Rempli Rempli Refusé Refusé Rempli partiellement Incapacité Autres (préciser)	1. Oui, vu → BR5 2. Oui, pas vu 3. Non 8. NSP	2. Oui → BR5 2. Non 8. NSP → BR4	1. Ca coûte très cher 2. C'est trop loin 3. Ne savez pas q'elle devait être enregistrée 4.Ne voulez pas payer d'amende 5. Ne sait pas où l'enregistrer 6. Autre 8. NSP	1. Oui 2. Non	
		└── Si 6		а∟ в∟	└── Si 6		
ш		└── Si 6		аШ вШ	└── Si 6	ш	ш
	Ш	Si 6		A L B L J	Si 6		
ш		└── Si 6		AL BL	Si 6		

Pour les enfants âgés de 3 ans et plus

N° DE	BR6. (Non) FREQUENTE-T-IL/ELLE UN	BR7. Au cours des sept	BR8. PENDANT LES TROIS DE	ERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, OU	UN AUTRE MEMBRE DU MENAG	E AGE DE PLUS DE 15 ANS, PA	ARTICIPE AVEC (NOM) A L'UNE DES	ACTIVITES SUIVANTES :		
LIGNE	PROGRAMME D'ENCADREMENT EN	DERNIERS JOURS,	BR8A. LIRE DES LIVRES OU F	REGARDER DES LIVRES ILLUSTRES	S AVEC (NOM)					
DE	DEHORS DE LA MAISON OU D'EDUCATION	ENVIRON COMBIEN	BR8B. RACONTER DES HISTO	DIRES A (NOM)						
L'ENFANT	PRESCOLAIRE TEL QU'UN CENTRE	D'HEURES (NOM) A-T-	BR8C. CHANTER DES CHANS	SONS AVEC (NOM)						
	PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN	IL/ELLE FREQUENTE CET	BR8D. EMMENER (NOM) EN F	PROMENADE EN DEHORS DE LA M.	AISON, DE LA RESIDENCE, DE	LA COUR, DE L'ENCEINTE				
Voir HL1	D'ENFANT OU UN CENTRE	ENDROIT?	BR8E. JOUER AVEC (NOM)							
	COMMUNAUTAIRE ?		BR8F. PASSER DU TEMPS AV	F. PASSER DU TEMPS AVEC (NOM) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER						
	1. Oui	Nombre d'heures	BR8A	BR8B	BR8C	BR8D	BR8E	BR8F		
	2. Non→ BR8									
	8. NSP→ BR8		A. Mère	A. Mère	A. Mère	A. Mère	A. Mère	A. Mère		
			B. Père	re B. Père B. Père B. Père B			B. Père B. Père			
			X. Autre					X. Autre		
			Y. Personne	Y. Personne	Y. Personne	Y. Personne	Y. Personne	Y. Personne		
لللا	ш		A B X Y	A B X Y	A B X Y	авх у	A B X Y	A В X Y		
	Ш		авх у	А В X Y	A B X Y	A B X Y	A B X Y	авх у		
Ш	ш		A B X Y	А В X Y	A B X Y	A B X Y	A B X Y	A В X Y		
	Ш	Ш	A B X Y	A B X Y	A B X Y	A B X Y	A B X Y	A B X Y		

MODULE SUR LES SOINS DES MALADIES

N° DE LIGNE DE L'ENFAN T	N° DE LIGNE DE LA MERE/ GARDIENNE DE L'ENFANT	CA1. EST-CE-QUE (NOM) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (JOUR DE LA SEMAINE) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE? LA DIARRHEE EST DETERMINEE SELON LA PERCEPTION DE LA MALADIE PAR LA MERE OU LA GARDIENNE OU TROIS SELLES LIQUIDES PAR JOUR, OU DU SANG DANS LES SELLES. 1. OUI	DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A (NOM) L'UNE DES CHOSES SUIVANTES A BOIRE: (LIRE A HAUTE VOIX LE NOM DE CHAQUE PRODUIT ET ENREGISTRER LA REPONSE AVANT DE PASSER AU PRODUIT SUIVANT). CA2A. UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET APPELE (NOM LOCAL DU SACHET DE SRO)? CA2B. UN LIQUIDE MAISON RECOMMANDE PAR LE GOUVERNEMENT? CA2C. UN LIQUIDE SRO PREEMBALLE		CA3. DURANT LA DIARRHEE DE (NOM), LUI A-T-ON DONNE A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE?	CA4. DURANT LA DIARRHEE DE (NOM), LUI A-T-ON DONNE A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE? SI « MOINS », INSISTER: BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS	CA5 EST-CE QUE (NOM) A SOUFFERT DE TOUX, A UN MOMENT QUELCONQUE, DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (JOUR DE LA SEMAINE) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE?	CA6 QUAND (NOM) A SOUFFERT DE TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU AVAIT-IL DES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ?	
		1. Oui 2. Non→ CA5 8. NSP→ CA5	1. Oui 2. Non 8. NSP	1. Oui 2. Non 8. NSP	CA2C 1. Oui 2. Non 8. NSP	Beaucoup moins ou rien Environ la même quantité (ou un peu moins) Plus NSP	Reaucoup moins Reaucoup moins Un peu moins Reviron la même quantité Plus NSP	1. Oui 2. Non → CA12 8. NSP → CA12	1. Oui 2. Non → CA12 8. NSP → CA12
ш								L	
			L						
						Ш			
ш			ш		Ш				Ш

MODULE SUR LES SOINS DES MALADIES (suite)

N° DE	N° DE	CA7. EST-CE QUE LES	CA8. AVEZ-	CA9 Ou avez-vous demande des conseils ou recherche un traitement?							
LIGNE DE L'ENFAN	LIGNE DE LA MERE/ GARDIENN	SYMPTOMES SONT DUS A UN PROBLEME DANS LA POITRINE, OU AU NEZ QUI	VOUS RECHERCHE DES	QUELQUE PART AILLEURS							
Т	E DE	ETAIT BOUCHE ?	CONSEILS	NCERCLER TOUS LES PRESTATAIRES MENTIONNES, MAIS NE FAITES PAS DE SUGGESTIONS.							
	L'ENFANT		OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE EN DEHORS DE LA MAISON ?	S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. ÎNSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SOURCE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.							
		1. Problème dans la poitrine 2.Nez bouché → CA12 3. Les deux 6. Autre → CA12 8. NSP Si 6 précisez	1. Oui 2. Non→ CA10 8. NSP→ CA10	Formations sanitaires publiques I. Hôpital/ clinique privé A. Hôpital gouvernemental B. CS gouvernemental C. Poste de santé gouvernemental D. Agent Communautaire E. Clinique mobile/communautaire H. Autre service public Formations sanitaires privées I. Hôpital/ clinique privé D. Médecin privé J. Médecin privé R. Guérisseur traditionnel (Tradi-praticien) V. Autre (préciser) Autres sources de soins P. Parenté/amis Q. Magasin/marché R. Guérisseur traditionnel (Tradi-praticien) V. Autre (préciser)							
				A B C D E H I J K L O P Q R X							
				A B C D E H I J K L O P Q R X							
	ш	L	LI	A B C D E H I J K L O P Q R X							
		<u></u>		A B C D E H I J K L O P Q R X							

MODULE SUR LES SOINS DES MALADIES (suite)

N° DE LIGNE DE L'ENFAN T	CA10 EST-CE QUE (NOM) A PRIS DES MEDICAMENTS POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	CA11. QUEL MEDICAMENT(NOM) A-T-IL/ELLE PRIS? ENCERCLER TOUS LES MEDICAMENTS MENTIONNES.	CA12. Vérifier UF11: L'enfant est-il âgé de moins de 3 ans ?	Pour tout enfant âgé de – 3 ans CA13. La derniere fois que (NOM) EST ALLE(E) A LA SELLE, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?	CA14 PARFOIS LES ENFANTS SOUFFRENT DE MALADIES SEVERES ET DEVRAIENT ETRE CONDUITS TOUT DE SUITE A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE. QUELS TYPES DE SYMPTOMES VOUS AMENERAIENT A CONDUIRE IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE? Poser, à chaque mère ou gardienne d'enfant, la question suivante (CA14) seulement une fois. Continuer à demander à l'enquêtée de citer plus de signes ou de symptômes jusqu'à ce qu'elle ne soit plus en mesure de le faire. Encercler lous les symptômes mentionnés. Mais NE lui faites PAS de suggestions				
	1. Oui 2. Non → CA12 8. NSP → CA12	A. Traitement antibiotique P. Paracétamol/panadol.Acetaminophen Q. Aspirine R. Ibuprophen X. Autre (préciser) Z. NSP	Oui Non □ Oui. ⇒ Continuer avec CA13 □ Non. ⇒ Passer à CA14	01. L'enfant utilise les toilettes/ latrines 02. jetées dans les toilettes/latrines 03. jetées dans les égouts ou fossé 04. jetées avec les ordures ménagères 05. enterrées 06. laissées à l'air libre 96. Autre (préciser) 98. NSP	A. L'enfant ne peut pas boire ou téter B. L'enfant devient de plus en plus malade C. L'enfant développe une fièvre D. L'enfant a une respiration rapide E. L'enfant a des difficultés à respirer F. L'enfant a du sang dans les selles G. L'enfant boit difficilement X. Autre (à préciser) Y. Autre (à préciser) Z. Autre (à préciser)				
		A P Q R X Z		Si 96	A B C D E F G X Y Z				
		A P Q R X Z		Si 96	A B C D E F G X Y Z				
	Ш	A P Q R X Z		L Si 96	A B C D E F G X Y Z				
		A P Q R X Z	Ш	└─┴─┘ Si 96	A B C D E F G X Y Z				

MODULE SUR LA VACCINATION

Si une carte de vaccination est disponible, copier dans IM2-IM8 les dates de chaque type de vaccin ou de dose de vitamine inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 sont réservées à l'enregistrement des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 seront posées seulement quand il n'y a pas de carte de vaccination disponible.

N° LIGNE DE L'ENFANT	N° DE LA MERE/ GARDIE NNE	IM1. Y A-T- IL UNE CARTE DE VACCINATI	IM2. A QUELLE DATE A-T-IL / ELLE REÇU LE VACCIN BCG?	IM3.A. POLIO A LA NAISSANCE VPO0?	IM3.B. PoLio1 VPO1?	IM3.C Polio2 VPO2?	IM3.D. Polio 3 VPO3?
VOIR HL1		ON POUR (NOM)?					
		1. Oui, vue 2. Oui, pas vue → IM10 3. Non → IM10	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.
ш	ш						
ш	ш						
		Ш					
	ш						

N° LIGNE DE L'ENFANT	IM4.A DTCoq1	IM4.B. DTCoq2	IM4.C. DTCoq3	IM5.A DTC HEP+HIB ₁ OU PENTAVALENT1	IM5.B. DTC HEP+HIB ₂ OU PENTAVALENT2	IM5.C. DTC HEP+HIB3 OU PENTAVALENT3
Voir HL1	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date (Jour/ mois/ année) Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.

N° LIGNE DE L'ENFANT VOIR HL1	IM6. A-T-IL / ELLE VACCINE CONTRE LA ROUGEOLE ? Date (Jour/ mois/ année)	IM7. A-T-IL / ELLE VACCINE CONTRE LA FIEVRE JAUNE?	IM8A. A-T-IL / ELLE REÇU LA VITAMINE A1 ? Date (Jour/ mois/ année)	IM8B. A-T-IL / ELLE REÇU LA VITAMINE A2 ? Date (Jour/ mois/ année)	IM9. EN PLUS DES VACCINATIONS ET DES CAPSULES DE VITAMINE A INSCRITES SUR LA CARTE, EST-CE QUE (NOM) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS, Y COMPRIS LES VACCINATIONS FAITES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION (JNVAJOUTER DATE RECENTE) ENREGISTRER' OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETEE MENTIONNE BCG, VPO 0-3, DTCOQ 1-3, HEPATITE B 1-3, ROUGEOLE, VACCIN DE FIEVRE JAUNE, OU DES SUPPLEMENTS DE VITAMINE A. (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ENREGISTRER' 66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANTE AU JOUR EN IM2 A IM8B) 1. Oui → IM19	IM10. EST-CE QUE (NOM) A REÇU DES VACCINATIONS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION?
	Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Ecrire 44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Ecrire '44' à la place du jour si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	2. Non → IM19 8. NSP → IM19	2. Non → IM19 8. NSP → IM19
					ш	

N° LIGNE DE L'ENFANT VOIR HL1	IM11. EST-CE QUE (NOM) A REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'EPAULE QUI LAISSE, GENERALEMENT, UNE CICATRICE?	IM12. EST-CE QUE (NOM) A REÇU UNE « VACCINATION SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE DES MALADIES - COMME LA POLIO ?	IM13. QUAND LE PREMIER VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE, JUSTE APRES LA NAISSANCE (DANS LES DEUX PREMIERES SEMAINES) OU PLUS TARD ?	IM14. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DE LA POLIO A T-IL ETE DONNE?
	1. Oui 2. Non 8. NSP	1. Oui 2. Non → IM15 8. NSP → IM15	Juste après la naissance (dans les 2 semaines) Plus tard	Nombre de fois
ш				

N° LIGNE DE L'ENFANT VOIR HL1	IM15. EST-CE QUE (NOM) A REÇU UNE « VACCINATION DTCOQ » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE A LA CUISSE OU A LA FESSE- POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE ? (FAITE QUELQUEFOIS EN MEME TEMPS QUE LES GOUTTES CONTRE LA POLIO) 1. Oui 2. Non→ IM17	IM16. COMBIEN DE FOIS ?	IM17. EST-CE QUE (NOM) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE » OU MMR - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	IM18. EST-CE QUE (NOM) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? (FAITE QUELQUEFOIS EN MEME TEMPS QUE LA ROUGEOLE). 1. Oui 2. Non	IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAIT, SI (NOM) A PARTICIPE A L'UNE DES JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU DE VITAMINE A OU LES JOURNEES DE LA SANTE DE L'ENFANT IM19A. DATE/TYPE DE CAMPAGNE A IM19B. DATE/TYPE DE CAMPAGNE B IM19C. DATE/TYPE DE CAMPAGNE C		IM20. Y A-T-IL UN AUTRE ENFANT QUI VIT DANS LE MENAGE DONT L'ENQUETEE EST LA MERE/GARDIENNE ?VERIFIER LA FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MENAGE, COLONNE HL8. 1. OUI. ⇒ ENFANT SUIVANT 2. NON. ⇒ SI CET ENFANT EST LE DERNIER ENFANT ELIGIBLE DANS LE MENAGE, PASSER AU MODULE SUIVANT	
	8. NSP→ IM17		8. NSP	8. NSP	1. Oui 2. Non 8. NSP	1. Oui 2. Non 8. NSP	1. Oui 2. Non 8. NSP	
						ш		
	Ш						ш	

MODULE SUR LE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

N° DE LIGNE DE L'ENFANT VOIR HL1	ML1. EST-CE QUE (nom) A SOUFFERT, A UN MOMENT QUELCONQUE, DE LA FIEVRE DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A- DIRE, DEPUIS (jour de la semaine) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE?	ML2. EST-CE- QUE (<i>nom</i>) A ETE VU PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE DURANT CETTE MALADIE?	ML3. EST-CE QUE (nom) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME QUI ONT ETE FOURNIS OU PRESCRITS PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE?	ML4. QUEL MEDICAMENT FOURNI OU PRESCRIT PAR LES SERVICES D'UN ETALISSEMENT SANITAIRE, (nom) A-T-IL/ELLE PRIS? ENCERCLER LES CODES DE TOUS LES MEDICAMENTS MENTIONNES.	ML5. EST-CE QUE (nom) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	ML6. EST-CE QUE (nom) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE?	ML7. QUEL MEDICAMENT (nom) A-T-IL/ELLE PRIS? ENCERCLER LES CODES DE TOUS LES MEDICAMENTS DONNES. DEMANDER A VOIR LE MEDICAMENT SI LE TYPE DE MEDICAMENT N'EST PAS CONNU. SI LE TYPE DE MEDICAMENT NE PEUT ETRE DETERMINE, MONTRER DES ANTIPALUDEENS A L'ENQUETEE.	
	1. Oui 2. Non →ML10 8. NSP→ML10	1. Oui 2. Non→ML6 8. NSP→ML6	1. Oui 2. Non→ML5 8. NSP→ML5	Antipaludéens A.SP/Fansidhar B. chloroquine C.Amodiaquine D. Quinine E. Combinaison Artémisine H. Autre (à préciser) Autres médicaments P.Paracetamol/Panadol Q. Aspirine R.Ibuprofen X.Autre (à préiser) Z.NSP	1. Oui→ML7 2. Non→ML8 8. NSP. →ML8	1. Oui 2. Non→ML8 8. NSP→ML8	Antipaludéens A.SP/Fansidhar B.Chloroquine C.Amodiaquine D. Quinine E. Combinaison Artémisine H. Autre (à préciser) Autres médicaments P.Paracetamol/Panadol Q. Aspirine R.Ibuprofen X.Autre (à préiser) Z.NSP	
ш			Ш	A B C D E H Q R XZ	Ш		A B C D E H Q R XZ	
	L			A B C D E H Q R X Z			A B C D E H Q R XZ	
ш				A B C D E H Q R XZ			A B C D E H Q R XZ	
	Ш		Ш	A B C D E H Q R X Z			A B C D E H Q R XZ	
	Ш	Ш	Ш	A B C D E H Q R XZ	Ш		A B C D E H Q R XZ	

MODULE SUR LE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS (suite)

N° DE LIGNE DE L'ENFANT VOIR HL1	ML8. VERIFIER ML4 ET ML7: ANTIPALUDEE NS MENTIONNES (CODES A - H)?	ML9. COMBIEN DE TEMPS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE, (nom) A- T-IL COMMENCE A PRENDRE (nom de l'antipaludéen mentionné à ML4 ou ML7)? S'il y a plusieurs antipaludéens mentionnés à ML4 ou ML7, il faut présenter tous les noms des médicaments antipaludéens mentionnés. Enregistrer le code du jour où l'antipaludéen a été donné.	ML10. EST-CE QUE (nom) A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE?	ML11.DEPUIS COMBIEN DE TEMPS VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL LA MOUSTIQUAIRE? Si moins de 1 mois, écrire '00'. Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard.	ML12. QUELLE EST LA MARQUE DE CETTE MOUSTIQUAIRE ? SI L'ENQUETEE NE CONNAIT PAS LA MARQUE DE LA MOUSTIQUAIRE, MONTRER DES IMAGES SUR CARTE, OU SI POSSIBLE OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE.	ML13. QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE , ETAIT-ELLE TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ELOIGNER LES MOUSTIQUES?	ML14. DEPUIS QUE VOUS AVEZ LA (ES) MOUSTIQUAIRE(S), EST-CE QUE VOUS L'AVEZ (LES AVEZ) TREMPEE(S) OU PLONGEE(S) DANS UN LIQUIDE POUR TUER/ELOIGNER LES MOUSTIQUES OU LES INSECTES?	ML15. COMBIEN DE TEMPS S'EST-IL ECOULE DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPEE OU PLONGEE DANS UN LIQUIDE INSECTICIDE POUR LA DERNIERE FOIS? Si moins de 1 mois, écrire '00'. Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard
	1. Oui. ⇒ Continuer avec ML9 2. No. ⇒ Passer à ML10	O. Même jour Le jour suivant J. Le jour suivant J. 2 jours après la fièvre J. 3 jours après la fièvre J. 4 jours ou plus après la fièvre. NSP	1. Oui 2. Non→Mod Suiv; 8. NSP→Mod. Suiv.	Nombre de mois 95. Plus de 24 mois 98. Pas sûre	Moustiquaire permanente 11. Marque A 12 Marque B Moustiquaire imprégnée 21 Marque C 22. Marque D Autre moustiquaire 31. Marque E 32. Marque F 36. Autre (à préciser) 98. NSP	1. Oui 2. Non 8. NSP	1. Oui 2. Non→Mod. Suiv. 8. NSP→Mod.Suiv	Nombre de mois 95 Si plus de 24 mois 98 Si pas sûre du temps
		Ш						
					LL			
					ш			
Ш				Ш	LLL			
Ш		Ш			LLL			