

MODULE SUR LES SOINS DES MALADIES (suite)

N° DE LIGNE DE L'ENFANT	N° DE LIGNE DE LA MERE/ GARDIENNE DE L'ENFANT	CA7. EST-CE QUE LES SYMPTOMES SONT DUS A UN PROBLEME DANS LA POITRINE, OU AU NEZ QUI ETAIT BOUCHE ?	CA8. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE EN DEHORS DE LA MAISON ?	CA9. . OU AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT ? QUELQUE PART AILLEURS ENCERCLER TOUS LES PRESTATAIRES MENTIONNES, MAIS NE FAITES PAS DE SUGGESTIONS. S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER 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	<table border="0"> <tr> <td>Formations sanitaires publiques</td> <td>Formations sanitaires privées</td> <td>Autres sources de soins</td> </tr> <tr> <td>A. Hôpital gouvernemental</td> <td>I. Hôpital/ clinique privé</td> <td>P. Parenté/amis</td> </tr> <tr> <td>B. CS gouvernemental</td> <td>J. Médecin privé</td> <td>Q. Magasin/marché</td> </tr> <tr> <td>C. Poste de santé gouvernemental</td> <td>K. Pharmacie</td> <td>R. Guérisseur traditionnel (Tradi-praticien)</td> </tr> <tr> <td>D. Agent Communautaire</td> <td>L. Clinique mobile</td> <td>X. Autre (préciser)</td> </tr> <tr> <td>E. Clinique mobile/communautaire</td> <td>O. Autre médical privé</td> <td></td> </tr> <tr> <td>H. Autre service public</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Formations sanitaires publiques	Formations sanitaires privées	Autres sources de soins	A. Hôpital gouvernemental	I. Hôpital/ clinique privé	P. Parenté/amis	B. CS gouvernemental	J. Médecin privé	Q. Magasin/marché	C. Poste de santé gouvernemental	K. Pharmacie	R. Guérisseur traditionnel (Tradi-praticien)	D. Agent Communautaire	L. Clinique mobile	X. Autre (préciser)	E. Clinique mobile/communautaire	O. Autre médical privé		H. Autre service public		
Formations sanitaires publiques	Formations sanitaires privées	Autres sources de soins																							
A. Hôpital gouvernemental	I. Hôpital/ clinique privé	P. Parenté/amis																							
B. CS gouvernemental	J. Médecin privé	Q. Magasin/marché																							
C. Poste de santé gouvernemental	K. Pharmacie	R. Guérisseur traditionnel (Tradi-praticien)																							
D. Agent Communautaire	L. Clinique mobile	X. Autre (préciser)																							
E. Clinique mobile/communautaire	O. Autre médical privé																								
H. Autre service public																									
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A B C D E H _____ I J K L O _____ P Q R X _____																					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A B C D E H _____ I J K L O _____ P Q R X _____																					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A B C D E H _____ I J K L O _____ P Q R X _____																					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 VOIR HL1	CA10. . EST-CE QUE (NOM) A PRIS DES MEDICAMENTS POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	CA11. QUEL MEDICAMENT(NOM) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>ENCERCLER TOUS LES MEDICAMENTS MENTIONNES.</i>	CA12. <i>Vérier UF11: L'enfant est-il âgé de moins de 3 ans ?</i>	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 ? <i>Poser, à chaque mère ou gardienne d'enfant, la question suivante (CA14) seulement une fois.</i> <i>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.</i> <i>Encercler tous les symptômes mentionnés.</i> <i>Mais NE lui faites PAS de suggestions</i>
	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 <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA13 <input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A P Q R X _____ Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si 96	A B C D E F G X _____ Y _____ Z _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A P Q R X _____ Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si 96	A B C D E F G X _____ Y _____ Z _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A P Q R X _____ Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si 96	A B C D E F G X _____ Y _____ Z _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A P Q R X _____ Z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si 96	A B C D E F G X _____ Y _____ Z _____

MODULE SUR LA VACCINATION (suite)

<p>N° LIGNE DE L'ENFANT</p> <p><i>VOIR HL1</i></p>	<p>IM6. A-T-IL / ELLE VACCINE CONTRE LA ROUGEOLE ?</p>	<p>IM7. A-T-IL / ELLE VACCINE CONTRE LA FIEVRE JAUNE?</p>	<p>IM8A. A-T-IL / ELLE REÇU LA VITAMINE A1 ?</p>	<p>IM8B. A-T-IL / ELLE REÇU LA VITAMINE A2 ?</p>	<p>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 (JNV AJOUTER DATE RECENTE)</p> <p><i>ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETEE MENTIONNE BCG, VPO 0-3, DTCCOQ 1-3, HEPATITE B 1-3, ROUGEOLE, VACCIN DE FIEVRE JAUNE, OU DES SUPPLEMENTS DE VITAMINE A.</i></p> <p><i>(INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ENREGISTRER '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANTE AU JOUR EN IM2 A IM8B)</i></p>	<p>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 ?</p>
	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>1. Oui → IM19 2. Non → IM19 8. NSP → IM19</p>	<p>1. Oui → IM19 2. Non → IM19 8. NSP → IM19</p>
<p>___</p>	<p>___ ___ ___ ___</p>	<p>___ ___ ___ ___</p>	<p>___ ___ ___ ___</p>	<p>___ ___ ___ ___</p>	<p>___</p>	<p>___</p>
<p>___</p>	<p>___ ___ ___ ___</p>	<p>___ ___ ___ ___</p>	<p>___ ___ ___ ___</p>	<p>___ ___ ___ ___</p>	<p>___</p>	<p>___</p>
<p>___</p>	<p>___ ___ ___ ___</p>	<p>___ ___ ___ ___</p>	<p>___ ___ ___ ___</p>	<p>___ ___ ___ ___</p>	<p>___</p>	<p>___</p>
<p>___</p>	<p>___ ___ ___ ___</p>	<p>___ ___ ___ ___</p>	<p>___ ___ ___ ___</p>	<p>___ ___ ___ ___</p>	<p>___</p>	<p>___</p>

MODULE SUR LA VACCINATION (suite)

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

MODULE SUR LA VACCINATION (suite)

N° LIGNE DE L'ENFANT <i>VOIR HL1</i>	IM15. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) 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)	IM16. COMBIEN DE FOIS ?	IM17. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) 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 (<i>NOM</i>) 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).	IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAIT, SI (<i>NOM</i>) 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
	1. Oui 2. Non → IM17 8. NSP → IM17	Nombre	1. Oui 2. Non 8. NSP	1. Oui 2. Non 8. NSP	IM19A 1. Oui 2. Non 8. NSP	IM19B 1. Oui 2. Non 8. NSP	IM19C 1. Oui 2. Non 8. NSP	
_ _ _	_	_ _ _	_	_	_	_	_	_
_ _ _	_	_ _ _	_	_	_	_	_	_
_ _ _	_	_ _ _	_	_	_	_	_	_
_ _ _	_	_ _ _	_	_	_	_	_	_
_ _ _	_	_ _ _	_	_	_	_	_	_

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

N° DE LIGNE DE L'ENFANT <i>VOIR HL1</i>	ML1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A SOUFFERT, A UN MOMENT QUELCONQUE, DE LA FIEVRE DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) 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 (<i>nom</i>) 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 ETABLISSEMENT SANITAIRE, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>ENCERCLER LES CODES DE TOUS LES MEDICAMENTS MENTIONNES.</i>	ML5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	ML6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	ML7. QUEL MEDICAMENT (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>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.</i>
	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 préciser) 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 préciser) Z.NSP
_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	A B C D E H Q R X _____ Z	_ _ _	_ _ _	A B C D E H Q R X _____ Z
_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	A B C D E H Q R X _____ Z	_ _ _	_ _ _	A B C D E H Q R X _____ Z
_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	A B C D E H Q R X _____ Z	_ _ _	_ _ _	A B C D E H Q R X _____ Z
_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	A B C D E H Q R X _____ Z	_ _ _	_ _ _	A B C D E H Q R X _____ Z

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

N° DE LIGNE DE L'ENFANT <i>VOIR HL 1</i>	ML8. VERIFIER ML4 ET ML7: ANTIPALUDEES MENTIONNES (CODES A - H)?	ML9. COMBIEN DE TEMPS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE, (<i>nom</i>) A-T-IL COMMENCE A PRENDRE (<i>nom de l'antipaludéen mentionné à ML4 ou ML7</i>) ? 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 (<i>nom</i>) 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	0. Même jour 1. Le jour suivant 2. 2 jours après la fièvre 3. 3 jours après la fièvre 4. 4 jours ou plus après la fièvre. 8. 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
_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _____	_ _ _	_ _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _____	_ _ _	_ _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _____	_ _ _	_ _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _____	_ _ _	_ _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _____	_ _ _	_ _ _	_ _ _