

## QUESTIONNAIRE POUR ENFANT MOINS DE 5 ANS

Bénin

## PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

UF

Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir liste des membres du ménage, colonne HI15) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir liste des membres du ménage, colonne HL7B). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque enfant éligible.

<b>UF1.</b> Numéro de grappe : ____ _	<b>UF2.</b> Numéro de ménage : ____ _
<b>UF3.</b> Nom de l'enfant : Nom _____	<b>UF4.</b> Numéro de ligne de l'enfant : ____ _
<b>UF5.</b> Nom de la mère/gardienne : Nom _____	<b>UF6.</b> Numéro de ligne de la mère/gardienne : ____ _
<b>UF7.</b> Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	<b>UF8.</b> Jour/mois/année de l'interview : ____ / ____ / 2014

*Si la présentation au début du questionnaire ménage n'est pas déjà faite à la personne qui répond, lire la phrase suivante :*  
NOUS SOMMES DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE (**INSAE**). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTÉ FAMILIALE ET L'ÉDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE (**nom de l'enfant en UF3**). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 35 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

*Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à la personne qui répond, lire la phrase suivante :*  
MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE (**nom de l'enfant en UF3**). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 35 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

- Oui, permission accordée ⇒ Aller à UF12 pour enregistrer l'heure et commencer l'interview  
 Non, permission non accordée ⇒ Encercler '03' à UF9. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe

<b>UF9.</b> Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans : Les codes font référence à la mère/gardien(ne).	Rempli..... 01 Pas à la maison ..... 02 Refusé ..... 03 Partiellement rempli..... 04 Incapacité ..... 05 Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 96
UF10. Chef d'équipe (nom et code) :	Nom _____
UF12. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes ____ : ____

## ÂGE

AG

<b>AG1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA SANTÉ DE ( <i>nom</i> ). QUEL JOUR, QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE ( <i>nom</i> ) EST-IL/ELLE NE/E ? <i>Insister :</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ? Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; sinon, encercler 98 pour jour. Le mois et l'année doivent être enregistrés.	Date de naissance : Jour..... NSP jour ..... 98 Mois ..... Année ..... 20 ____
<b>AG2.</b> QUEL ÂGE A ( <i>nom</i> ) ? <i>Insister :</i> QUEL ÂGE A EU ( <i>nom</i> ) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? Enregistrer l'âge en années révolues. Si moins de 1 an, enregistrer '0'. Comparer et corriger AG1 et/ou AG2 si incohérentes.	Âge (en années révolues) ..... __

## ENREGISTREMENT DES NAISSANCES BR

<b>BR1.</b> (Nom) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? <i>Si oui, demander :</i> PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu .....	1	1 ⇒ Module suivant 2 ⇒ Module suivant
	Oui, non vu .....	2	
	Non.....	3	
	NSP.....	8	
<b>BR2.</b> LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE AUPRES DE L'ARRONDISSEMENT/MAIRIE ?	Oui .....	1	1 ⇒ Module suivant
	Non.....	2	
	NSP.....	8	
<b>BR3.</b> SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE (nom) ?	Oui .....	1	
	Non.....	2	

## DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT EC

<b>EC1.</b> COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (nom) ?	Aucun.....	00	
	Nombre de livres d'enfant.....	0 __	
	Dix livres ou plus .....	10	
<b>EC2.</b> JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (nom) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC : [A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ? [B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ? [C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES BASSINES, CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ? Si l'enquête(e) dit "oui" à une des catégories ci-dessus, insister pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.	O N NSP		
	Jouets fabriqués à la maison ...	1 2 8	
	Jouets de magasin .....	1 2 8	
	Objets du ménage ou objets du dehors .....	1 2 8	
<b>EC3.</b> PARFOIS LES ADULTES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, FAIRE LA LESSIVE, OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES JEUNES ENFANTS. AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE, COMBIEN DE JOURS (nom) A-T-IL/ELLE ETE : [A] LAISSE SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? [B] LAISSE A LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT C'EST-A-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS, PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? Si « jamais », inscrire « 0 ». Si « ne sait pas », inscrire '8'.	Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure .....	__	
	Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure.....	__	
<b>EC4.</b> Vérifier AG2 : Âge de l'enfant <input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuer avec EC5			
<b>EC5.</b> (Nom) SUIE-T-IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'EVEIL, DANS UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?	Oui .....	1	
	Non.....	2	
	NSP.....	8	

<p><b>EC7.</b> PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE 15 ANS OU PLUS, PARTICIPE AVEC (<i>nom</i>) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>Si oui, demander :</i>  <b>QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (<i>nom</i>) ?</b>  <i>Encercler tout ce qui est mentionné.</i>  <b>[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (<i>nom</i>) ?</b>  <b>[B] RACONTER DES HISTOIRES A (<i>nom</i>) ?</b></p> <p><b>[C] CHANTER DES CHANSONS A (<i>nom</i>) OU AVEC (<i>nom</i>), Y COMPRIS DES BERCEUSES ?</b></p> <p><b>[D] EMMENER (<i>nom</i>) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ?</b>  <b>[E] JOUER AVEC (<i>nom</i>) ?</b></p> <p><b>[F] NOMMER, COMPTER, ET/OU DESSINER DES CHOSES POUR OU AVEC (<i>nom</i>) ?</b></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mère</th> <th>Père</th> <th>Autre</th> <th>Pers- sone</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lire des livres</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Raconter des histoires</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Chanter des chansons</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Promener</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Jouer</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Nommer/ compter</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Mère	Père	Autre	Pers- sone	Lire des livres	A	B	X	Y	Raconter des histoires	A	B	X	Y	Chanter des chansons	A	B	X	Y	Promener	A	B	X	Y	Jouer	A	B	X	Y	Nommer/ compter	A	B	X	Y	
	Mère	Père	Autre	Pers- sone																																	
Lire des livres	A	B	X	Y																																	
Raconter des histoires	A	B	X	Y																																	
Chanter des chansons	A	B	X	Y																																	
Promener	A	B	X	Y																																	
Jouer	A	B	X	Y																																	
Nommer/ compter	A	B	X	Y																																	
<p><b>EC8.</b> JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. LES ENFANTS NE SE DEVELOPPENT PAS TOUS DE MANIERE IDENTIQUE ET ILS N'APPRENNENT PAS TOUS A LA MEME VITESSE. CERTAINS, PAR EXEMPLE, MARCHENT PLUS TOT QUE D'AUTRES. CES QUESTIONS PORTENT SUR PLUSIEURS ASPECTS DU DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT.  <b>EST-CE QUE (<i>nom</i>) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?</b></p>	<p>Oui .....1  Non.....2  NSP.....8</p>																																				
<p><b>EC9.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?</p>	<p>Oui .....1  Non.....2  NSP.....8</p>																																				
<p><b>EC10.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10 ?</p>	<p>Oui .....1  Non.....2  NSP.....8</p>																																				
<p><b>EC11.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU ?</p>	<p>Oui .....1  Non.....2  NSP.....8</p>																																				
<p><b>EC12.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST PARFOIS TROP MALADE POUR JOUER ?</p>	<p>Oui .....1  Non.....2  NSP.....8</p>																																				
<p><b>EC13.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS SUR COMMENT FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?</p>	<p>Oui .....1  Non.....2  NSP.....8</p>																																				
<p><b>EC14.</b> QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (<i>nom</i>), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?</p>	<p>Oui .....1  Non.....2  NSP.....8</p>																																				
<p><b>EC15.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?</p>	<p>Oui .....1  Non.....2  NSP.....8</p>																																				
<p><b>EC16.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?</p>	<p>Oui .....1  Non.....2  NSP.....8</p>																																				
<p><b>EC17.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST FACILEMENT DISTRAIT ?</p>	<p>Oui .....1  Non.....2  NSP.....8</p>																																				

## ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE

BD

**BD1.** Vérifier AG2 : Âge de l'enfant L'enfant a 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec BD2 L'enfant a 3 ou 4 ans ⇒ Aller à IM19**BD2.** EST-CE QUE (nom) A ETE ALLAITE ?

Oui ..... 1  
 Non..... 2  
 NSP..... 8

2 ⇒ BD4  
 8 ⇒ BD4

**BD3.** EST-CE QUE (nom) EST ENCORE ALLAITE ?

Oui ..... 1  
 Non..... 2  
 NSP..... 8

**BD4.** HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON ?

Oui ..... 1  
 Non..... 2  
 NSP..... 8

**BD5.** HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) ?

Oui ..... 1  
 Non..... 2  
 NSP..... 8

**BD6.** HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU OU PRIS DES VITAMINES, DES SUPPLEMENTS MINERAUX OU N'IMPORTE QUEL MEDICAMENT ?

Oui ..... 1  
 Non..... 2  
 NSP..... 8

**BD7.** MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) LIQUIDES QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A REÇU CE LIQUIDE MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES LIQUIDES CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON. EST-CE QUE (nom) A BU (nom de la boisson) HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT :

[A] DE L'EAU SIMPLE ?

	O	N	NSP
De l'eau.....	1	2	8

[B] DU JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE FRUITS ?

Jus ou boissons à base de fruits	1	2	8
----------------------------------	---	---	---

[C] DU BOUILLON OU SOUPE CLAIRE ?

Bouillon.....	1	2	8
---------------	---	---	---

[D] DU LAIT EN BOITE, EN Poudre OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?

Lait .....	1	2	8
------------	---	---	---

Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE QUE (nom) A BU DU LAIT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.  
 Si NSP, enregistrer '8'.

Nombre de fois bu lait .....	___		
------------------------------	-----	--	--

[E] UNE PREPARATION POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE ?

Préparation pour bébé .....	1	2	8
-----------------------------	---	---	---

Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE QUE (nom) A BU UNE PREPARATION POUR BEBE ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.

Nombre de fois consommé préparation pour bébé.....	___		
--	-----	--	--

[F] N'IMPORTE QUELS AUTRES LIQUIDES ?

Autres liquides .....	1	2	8
-----------------------	---	---	---

Préciser \_\_\_\_\_

<p><b>BD8.</b> MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) ALIMENTS QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. À NOUVEAU, JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A EU CET ALIMENT MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES ALIMENTS CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON. EST-CE QUE (nom) A MANGE (nom de l'aliment) HIER DURANT LE JOUR OU LA NUIT :</p> <p>[A] YAOURT ? Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE QUE (nom) A MANGE/BU DU YAOURT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</p> <p>[B] N'IMPORTE QUELLE NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBE, COMME CERELAC, BEAU-BEBE, CERESO, BLEDINE, MIQUELANGE, NUTRILON, NUTRILAC, PEPITE D'OR ?</p> <p>[C] DU PAIN, RIZ, PATES, BOUILLIE DE CEREALES, OU AUTRES ALIMENTS A BASE DE GRAINS ?</p> <p>[D] COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, PATATE DOUCE QUI SONT JAUNE OU ORANGE A L'INTERIEUR ?</p> <p>[E] DES POMMES DE TERRES, DES IGNAMES, DU MANIOC, PATATES DOUCES JAUNES, TAROT OU TOUT AUTRE ALIMENT FAIT AVEC DES TUBERCULES ?</p> <p>[F] N'IMPORTE QUELS LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE ?</p> <p>[G] DES MANGUES, PAPAYES MURES ?</p> <p>[H] N'IMPORTE QUELS AUTRES FRUITS OU LEGUMES [BANANE, POMME, COMPOTE DE POMME, HARICOT VERT, AVOCAT, TOMATE] ?</p> <p>[I] DU FOIE, DES ROGNONS, DU CŒUR OU TOUT AUTRES ABATS ?</p> <p>[J] DE LA VIANDE DE BŒUF, PORC, AGNEAU, CHEVRE, POULET OU CANARD, ESCARGOT ?</p> <p>[K] DES ŒUFS ?</p> <p>[L] DU POISSON FRAIS OU SECHE OU DES FRUITS DE MER ?</p> <p>[M] N'IMPORTE QUELS ALIMENTS A BASE DE HARICOTS, POIS, LENTILLES OU NOIX ?</p> <p>[N] DU FROMAGE OU TOUT AUTRE PRODUIT LAITIER ?</p> <p>[O] N'IMPORTE QUELS AUTRES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES, OU MOUS QUE JE N'AI PAS MENTIONNES ?</p> <p>Préciser _____</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Yaourt.....   2 8 Nombre de fois a mangé/bu yaourt _____</p> <p>Cérélac, beau-bébé, cereso, blédine, miquelange, nutrilon, nutrillac, pépite d'or.....   2 8</p> <p>Aliments faits à base de grains ? .....   2 8</p> <p>Courge, carottes, citrouille, etc. ....   2 8</p> <p>P. de terres, ignames, manioc, etc.....   2 8</p> <p>Légumes à feuilles vert foncé..   2 8</p> <p>Mangues/papayes mûres .....   2 8</p> <p>Autres fruits et légumes.....   2 8</p> <p>Foie, rognons, cœur ou autres abats .....   2 8</p> <p>Viande de bœuf, porc, agneau, chèvre, etc.....   2 8</p> <p>Œufs.....   2 8</p> <p>Poisson frais ou séché .....   2 8</p> <p>Aliments à base de haricots, pois, etc. ....   2 8</p> <p>Fromage ou autres produits laitiers .....   2 8</p> <p>Autres aliments solides, semi-solides ou mous .....   2 8</p>	
<p><b>BD9.</b> Vérifier BD8 (catégories "A" jusqu'à "O") :</p> <p><input type="checkbox"/> Au moins un "oui" ou toutes "NSP" ⇒ Aller à BD11</p> <p><input type="checkbox"/> Sinon ⇒ Continuer avec BD10</p>		
<p><b>BD10.</b> Insister pour déterminer si l'enfant a mangé des aliments solides, semi-solides ou mous hier, pendant le jour ou la nuit ?</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant n'a rien mangé ou la répondante ne sait pas ⇒ Aller au module suivant</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant a mangé au moins un aliment solide, semi-solide ou mou mentionné par la répondante ⇒ Retourner à BD8 pour enregistrer l'aliment mangé hier [A à O]. Quand c'est fait, continuer avec BD11</p>		
<p><b>BD11.</b> COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES OU MOUS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</p>	<p>Nombre de fois..... ____</p> <p>NSP .....  8</p>	

## VACCINATIONS

IM

Si un carnet/carte de vaccination est disponible, recopier les dates à IM3 pour chaque vaccination enregistrée sur le carnet. Les questions IM6-IM17 ne seront posées que si un carnet/carte n'est pas disponible.

<b>IM1. AVEZ-VOUS UN CARNET/CARTE OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTRÉES ?</b> (Si oui) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?		Oui, vu ..... 1 Oui, non vu ..... 2 Pas de carnet..... 3	1 ⇒ IM3 2 ⇒ IM6
<b>IM2. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN CARNET/CARTE DE VACCINATION POUR (nom) ?</b>		Oui..... 1 Non..... 2	1 ⇒ IM6 2 ⇒ IM6
<b>IM3.</b> (a) Copier les dates de chaque vaccin de la carte. (b) Écrire '44' dans la colonne "jour" si la carte montre qu'un vaccin a été fait mais la date n'est pas donnée.		Date de la vaccination	
		Jour	Mois
		Année	
<b>BCG</b>	<b>BCG</b>		
<b>POLIO A LA NAISSANCE</b>	<b>OPV0</b>		
<b>POLIO 1</b>	<b>OPV1</b>		
<b>POLIO 2</b>	<b>OPV2</b>		
<b>POLIO 3</b>	<b>OPV3</b>		
<b>PENTA 1</b>	<b>PENTA 1</b>		
<b>PENTA 2</b>	<b>PENTA 2</b>		
<b>PENTA 3</b>	<b>PENTA 3</b>		
<b>PCV 13 1</b>	<b>PCV13 1</b>		
<b>PCV 13 2</b>	<b>PCV13 2</b>		
<b>PCV 13 3</b>	<b>PCV13 3</b>		
<b>ROUGEOLE (VAR OU ROUVAX)</b>	<b>VAR OU ROUVAX</b>		
<b>FIÈVRE JAUNE (VAA)</b>	<b>VAA</b>		
<b>IM4. Vérifier IM3. Est-ce que tous les vaccins (de BCG à fièvre jaune) sont enregistrés ?</b> <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à IM19 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec IM5			
<b>IM5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRÉ SUR CE CARNET, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNÉES DE VACCINATIONS ?</b> <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Retourner à IM3, insister sur ces vaccinations et écrire '66' dans la colonne jour correspondante de chaque vaccin mentionné. Quand complété, passer à IM19 <input type="checkbox"/> Non/NSP ⇒ Aller à IM19			
<b>IM6. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU DES VACCINS POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNÉES DE VACCINATIONS ?</b>		Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ⇒ IM19 8 ⇒ IM19
<b>IM7. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C'EST-À-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS LE BRAS OU L'ÉPAULE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?</b>		Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
<b>IM8. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE LA POLIO ?</b>		Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ⇒ IM11A 8 ⇒ IM11A
<b>IM9. EST-CE QUE LA PREMIÈRE DOSE CONTRE LA POLIO A ÉTÉ DONNÉE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE ?</b>		Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	

<b>IM10.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois.....__																									
<b>IM11A.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU « UN VACCIN PENTA » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS GAUCHE POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE LA DIPHTERIE, L'HEPATITE B ET L'HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE B ? <i>Insister en précisant que le vaccin du PENTA est parfois donné en même temps que la polio.</i>	Oui ..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	2 ⇒ IM13A 8 ⇒ IM13A																								
<b>IM12A.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PENTA A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois.....__ NSP ..... 98																									
<b>IM13A.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU UN VACCIN COMBINE A PNEUMOCOQUE – UNE INJECTION A LA CUISSE GAUCHE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA PNEUMONIE ? <i>Insister en précisant que le vaccin COMBINE A PNEUMOCOQUE est parfois donné en même temps que les vaccins de la POLIO et du PENTA.</i>	Oui ..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	2 ⇒ IM16 8 ⇒ IM16																								
<b>IM14A.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN COMBINE A PNEUMOCOQUE A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois.....__ NSP ..... 8																									
<b>IM16.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE (OU VAR OU ROUVAX), C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui ..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8																									
<b>IM17.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIEVRE JAUNE (VAA) - 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 ? <i>Insister en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.</i>	Oui ..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8																									
<b>IM19.</b> DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI ( <i>nom</i> ) A PARTICIPE A L'UNE DES CAMPAGNES OU JOURNEES NATIONALES DE VACCINATIONS SUIVANTES ET/OU A L'UNE DES JOURNEES DE VITAMINE A SUIVANTES OU A L'UNE DES JOURNEES DE LA SANTE DE L'ENFANT SUIVANTES : [A] 25 AU 27 AVRIL 2014/JNV, POLIO [B] 22 AU 24 NOVEMBRE 2013/JNV, POLIO [C] 25 AU 27 OCTOBRE 2013/JNV, POLIO [D] 24 AU 26 MAI 2013/JNV, POLIO [E] 26 AU 28 AVRIL 2013/JNV, POLIO	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JNV, AVRIL 2014 .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>JNV, NOVEMBRE 2013.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>JNV, OCTOBRE 2013 .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>JNV, MAI 2013.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>JNV, AVRIL 2013 .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	NSP	JNV, AVRIL 2014 .....	1	2	8	JNV, NOVEMBRE 2013.....	1	2	8	JNV, OCTOBRE 2013 .....	1	2	8	JNV, MAI 2013.....	1	2	8	JNV, AVRIL 2013 .....	1	2	8	
	O	N	NSP																							
JNV, AVRIL 2014 .....	1	2	8																							
JNV, NOVEMBRE 2013.....	1	2	8																							
JNV, OCTOBRE 2013 .....	1	2	8																							
JNV, MAI 2013.....	1	2	8																							
JNV, AVRIL 2013 .....	1	2	8																							
<b>IM20.</b> QUELLE EST LA DATE DU JOUR OU ( <i>NOM</i> ) A EU LA DOSE DE VITAMINE A LA PLUS RECENTE ? <i>Écrire '44' pour "jour" si un document montre que la vitamine A a été donnée mais ne mentionne aucune date. Écrire '66' pour "jour" si la répondante se souvient que la vitamine A a été donnée mais ne se rappelle pas la date. Écrire '98' pour jour si la répondante ne sait pas si la vitamine A a été donnée.</i>	Jour..... __ __ Mois ..... __ __ Année ..... 2 0 __ __																									
<b>IM21.</b> VERIFIER IM20. EST-CE QUE JOUR EST 44 OU 66 ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à IM22																										
<b>IM22.</b> COMMENT L'INFORMATION A IM20 A-T-ELLE ETE OBTENUE ?	Carnet de vaccination/autre document... 1 Déclaration de la gardienne..... 2																									

## TRAITEMENT DES MALADIES

CA

<b>CA1.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	Oui ..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	2 ⇒ CA6A 8 ⇒ CA6A
---	--	----------------------

<p><b>CA2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITE DE LIQUIDES (nom) A BU DURANT SA DIARRHEE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). PENDANT QUE (nom) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE REÇU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</b>  <i>Si moins, insister :</i>  EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?</p>	Beaucoup moins ..... 1 Un peu moins..... 2 Environ la même quantité..... 3 Plus..... 4 N'a rien bu..... 5 NSP ..... 8													
<p><b>CA3. PENDANT QUE (nom) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE MANGE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGE ?</b>  <i>Si moins, insister :</i>  EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?</p>	Beaucoup moins ..... 1 Un peu moins..... 2 Environ la même quantité..... 3 Plus..... 4 A stoppé nourriture ..... 5 On ne lui a jamais donné à manger ..... 6 NSP ..... 8													
<p><b>CA3A. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT CONTRE LA DIARRHEE ?</b></p>	Oui ..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	2 ⇒ CA4 8 ⇒ CA4												
<p><b>CA3B. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</b>  <i>Insister :</i>  NULLE PART AILLEURS ?  Encercler tous les endroits mentionnés, mais ne PAS suggérer de réponse.  Insister pour identifier chaque type d'endroit.  Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p>	Secteur public Hôpital du gouvernement..... A Centre de santé du gouvernement ..... B Agent de santé communautaire..... D Clinique mobile/communautaire ..... E Clinique de planning familial (PF)..... F Centre social ..... G Autre médical public ( <i>préciser</i> ) ..... H Secteur médical privé Hôpital/clinique privé ..... I Médecin privé..... J Pharmacie privée ..... K Clinique mobile ..... L Hôpital confessionnel ..... M Autre médical privé ( <i>préciser</i> ) ..... O Autre source Parent(e)/ami(e) ..... P Boutique ..... Q Praticien traditionnel ..... R Marché ..... S Autre ( <i>préciser</i> ) ..... X													
<p><b>CA4. AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (nom) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS:</b>  [A] UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SPECIAL APPELE ORASEL OU SRO CELIA ?  [B] UN LIQUIDE SRO PRE-CONDITIONNE POUR LA DIARRHEE ?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">N</td> <td style="text-align: center;">NSP</td> </tr> <tr> <td>Sachet ORASEL .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Liquide SRO pré-conditionné .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </table>		O	N	NSP	Sachet ORASEL .....	1	2	8	Liquide SRO pré-conditionné .....	1	2	8	
	O	N	NSP											
Sachet ORASEL .....	1	2	8											
Liquide SRO pré-conditionné .....	1	2	8											
<p><b>CA4A. Vérifier CA4 : SRO</b>  <input type="checkbox"/> L'enfant <b>a eu</b> SRO ('oui' encerclé à A ou B dans CA4) ⇒ Continuer avec CA4B  <input type="checkbox"/> L'enfant <b>n'a pas eu</b> SRO ⇒ Aller à CA4C</p>														



<p>CA4B. OU AVEZ-VOUS EU LA SRO ? Insister pour identifier le type d'endroit. Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>----- (Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public Hôpital du gouvernement..... 11 Centre de santé du gouvernement ..... 12 Agent de santé communautaire..... 14 Clinique mobile/communautaire ..... 15 Clinique de planning familial (PF)..... 17 Centre social ..... 18 Autre médical public (<i>préciser</i>) _____ 16</p> <p>Secteur médical privé Hôpital/clinique privé ..... 21 Médecin privé..... 22 Pharmacie privée ..... 23 Clinique mobile ..... 24 Hôpital confessionnel ..... 25 Autre médical privé (<i>préciser</i>) _____ 26</p> <p>Autre source Parent(e)/ami(e) ..... 31 Boutique ..... 32 Praticien traditionnel ..... 33 Marché ..... 34 En avait déjà à la maison ..... 40 Autre (<i>préciser</i>) _____ 96</p>													
<p>CA4C. DURANT LE TEMPS OU (nom) A EU LA DIARRHÉE, LUI A-T-ON DONNÉ : [A] DES COMPRIMÉS DE ZINC ? [B] DU SIROP DE ZINC ?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">O</td> <td style="text-align: right;">N</td> <td style="text-align: right;">NSP</td> </tr> <tr> <td>Comprimés de zinc .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>Sirop de zinc.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>		O	N	NSP	Comprimés de zinc .....	1	2	8	Sirop de zinc.....	1	2	8	
	O	N	NSP											
Comprimés de zinc .....	1	2	8											
Sirop de zinc.....	1	2	8											
<p>CA4D. Vérifier CA4C : A eu du zinc ?  <input type="checkbox"/> L'enfant a eu du zinc ('1' encerclé à 'A' ou 'B' dans CA4C) ⇒ Continuer avec CA4E  <input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de zinc ⇒ Aller à CA4F</p>														
<p>CA4E. OU AVEZ-VOUS EU LE ZINC ? Insister pour identifier le type d'endroit. Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>----- (Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public Hôpital du gouvernement..... 11 Centre de santé du gouvernement ..... 12 Agent de santé communautaire..... 14 Clinique mobile/communautaire ..... 15 Clinique de planning familial (PF)..... 17 Centre social ..... 18 Autre médical public (<i>préciser</i>) _____ 16</p> <p>Secteur médical privé Hôpital/clinique privé ..... 21 Médecin privé..... 22 Pharmacie privée ..... 23 Clinique mobile ..... 24 Hôpital confessionnel ..... 25 Autre médical privé (<i>préciser</i>) _____ 26</p> <p>Autre source Parent(e)/ami(e) ..... 31 Boutique ..... 32 Praticien traditionnel ..... 33 Marché ..... 34 En avait déjà à la maison ..... 40 Autre (<i>préciser</i>) _____ 96</p>													
<p>CA4F. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE À (nom) UN LIQUIDE MAISON RECOMMANDÉ PAR LE GOUVERNEMENT CONTRE LA DIARRHÉE (TRO : UN MÉLANGE D'EAU, DE SUCRE, DE SEL ET SI POSSIBLE DE CITRON) ?</p>	<p>Oui ..... 1 Non..... 2 NSP..... 8</p>													
<p>CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ÉTÉ DONNÉ POUR TRAITER LA DIARRHÉE ?</p>	<p>Oui ..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8</p>	<p>2 ⇒ CA6A 8 ⇒ CA6A</p>												

<p><b>CA6. QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHÉE ?</b>  <i>Insister :</i>  <b>RIEN D'AUTRE ?</b>  <i>Enregistrer tous les traitements donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>-----  (Nom des médicaments)</p>	Comprimé ou sirop Antibiotique..... A Antimotilité..... B Autre (pas antibiotique, antimotilité).... G Comprimé ou sirop inconnu..... H Injection Antibiotique..... L Non-antibiotique ..... M Injection inconnue..... N Intraveineuse ..... O Remède maison/herbes médicinales... Q Autre ( <i>préciser</i> ) ..... X	
<p><b>CA6A. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (nom) A EU DE LA FIEVRE A N'IMPORTE QUEL MOMENT ?</b></p>	Oui ..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ⇒ CA7 8 ⇒ CA7
<p><b>CA6B. À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA FIEVRE, EST-CE QUE (nom) A EU DU SANG PRELEVE AU BOUT DE SON DOIGT OU AU TALON POUR EFFECTUER UN TEST ?</b></p>	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
<p><b>CA7. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (nom) A ETE MALADE AVEC DE LA TOUX ?</b></p>	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ⇒ CA9A 8 ⇒ CA9A
<p><b>CA8. QUAND (nom) ETAIT MALADE AVEC DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU EST-CE QU'IL/ELLE AVAIT DES DIFFICULTES POUR RESPIRER ?</b></p>	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ⇒ CA10 8 ⇒ CA10
<p><b>CA9. LA RESPIRATION RAPIDE OU LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?</b></p>	Problème de bronches seulement..... 1 Nez bouché ou qui coulait seulement..... 2 Les deux ..... 3 Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 6 NSP..... 8	1 ⇒ CA10 2 ⇒ CA10 3 ⇒ CA10 6 ⇒ CA10 8 ⇒ CA10
<p><b>CA9A. Vérifier CA6A : A eu de la fièvre ?</b>  <input type="checkbox"/> L'enfant a eu de la fièvre ⇒ Continuer avec CA10  <input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de fièvre ⇒ Aller à CA14</p>		
<p><b>CA10. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA FIEVRE/TOUX QUELQUE PART ?</b></p>	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ⇒ CA12 8 ⇒ CA12
<p><b>CA11. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</b>  <i>Insister :</i>  <b>NULLE PART AILLEURS ?</b>  Encercler tous les endroits mentionnés,  Mais ne pas suggérer de réponse.  Insister pour identifier chaque type d'endroit.  Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>-----  (Nom de l'endroit)</p>	Secteur public Hôpital du gouvernement..... A Centre de santé du gouvernement ..... B Agent de santé communautaire..... D Clinique mobile/communautaire ..... E Clinique de planning familial (PF)..... F Centre social ..... G Autre médical public ( <i>préciser</i> ) ..... H Secteur médical privé Hôpital/clinique privé ..... I Médecin privé..... J Pharmacie privée ..... K Clinique mobile ..... L Hôpital confessionnel ..... M Autre médical privé ( <i>préciser</i> ) ..... O Autre source Parent(e)/ami(e) ..... P Boutique ..... Q Praticien traditionnel ..... R Marché ..... S Autre ( <i>préciser</i> ) ..... X	
<p><b>CA12. À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT LA MALADIE, EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</b></p>	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ⇒ CA14 8 ⇒ CA14

<p><b>CA13. QUEL(S) MEDICAMENT(S) A-T-ON DONNE A (nom)?</b>  <i>Insister :</i>  <b>AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</b>          Encercler tous les médicaments donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</p> <p>-----          (Nom des médicaments)</p>	Anti-paludéens : SP/Fansidar..... A Chloroquine ..... B Amodiaquine ..... C Quinine ..... D Combinaison avec artémisinine..... E Autre anti-paludéen ( <i>préciser</i> ) ..... H Antibiotiques : Comprimés/sirop ..... I Injection ..... J Autres médicaments : Paracétamol/panadol/acétaminophène P Aspirine ..... Q Ibuprofen ..... R Donné plantes médicinales..... U Autre ( <i>préciser</i> ) ..... X NSP ..... Z	
<p><b>CA13A. Vérifier CA13 : antibiotique mentionné (code I ou J) ?</b>  <input type="checkbox"/> <i>Oui</i> ⇒ Continuer avec CA13B  <input type="checkbox"/> <i>Non</i> ⇒ Aller à CA13C</p>		
<p><b>CA13B. OU AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13) ?</b>  <i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i>          Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>-----          (Nom de l'endroit)</p>	Secteur public Hôpital du gouvernement..... 11 Centre de santé du gouvernement ..... 12 Agent de santé communautaire..... 14 Clinique mobile/communautaire ..... 15 Clinique de planning familial (PF)..... 17 Centre social ..... 18 Autre médical public ( <i>préciser</i> ) ..... 16 Secteur médical privé Hôpital/clinique privé ..... 21 Médecin privé..... 22 Pharmacie privée ..... 23 Clinique mobile ..... 24 Hôpital confessionnel ..... 25 Autre médical privé ( <i>préciser</i> ) ..... 26 Autre source Parent(e)/ami(e) ..... 31 Boutique ..... 32 Praticien traditionnel ..... 33 Marché ..... 34 En avait déjà à la maison..... 40 Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 96	
<p><b>CA13C. Vérifier CA13 : antipaludéens mentionnés (codes A à H) ?</b>  <input type="checkbox"/> <i>Oui</i> ⇒ Continuer avec CA13D  <input type="checkbox"/> <i>Non</i> ⇒ Aller à CA14</p>		
<p><b>CA13D. OU AVEZ-VOUS EU (nom du médicament de CA13) ?</b>  <i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i>          Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>-----          (Nom de l'endroit)</p>	Secteur public Hôpital du gouvernement..... 11 Centre de santé du gouvernement ..... 12 Agent de santé communautaire..... 14 Clinique mobile/communautaire ..... 15 Clinique de planning familial (PF)..... 17 Centre social ..... 18 Autre médical public ( <i>préciser</i> ) ..... 16 Secteur médical privé Hôpital/clinique privé ..... 21 Médecin privé..... 22 Pharmacie privée ..... 23 Clinique mobile ..... 24 Hôpital confessionnel ..... 25 Autre médical privé ( <i>préciser</i> ) ..... 26 Autre source Parent(e)/ami(e) ..... 31 Boutique ..... 32 Praticien traditionnel ..... 33 Marché ..... 34 En avait déjà à la maison..... 40 Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 96	
<p><b>CA13E. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE A COMMENCE, (nom) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (nom de l'antipaludéen déclaré à CA13) ?</b>  <i>Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à CA13, donner le nom de tous les antipaludéens mentionnés.</i></p>	Même jour ..... 0 Jour suivant..... 1 2 jours après début de la fièvre ..... 2 3 jours après début de la fièvre ..... 3 4 jours ou plus après début de la fièvre.... 4 NSP ..... 8	

CA14. Vérifier AG2 : Âge de l'enfant :	
<input type="checkbox"/> Enfant âgé de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec CA15	
<input type="checkbox"/> Enfant âgé de 3 ou 4 ans ⇒ Aller à UF13	
CA15. LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS ?	Enfant a utilisé toilettes/latrines ..... 01 Jeté/rincé dans toilettes ou latrines..... 02 Jeté/rincé dans égout ou rigole..... 03 Jeté aux ordures (déchets solides)..... 04 Enterré..... 05 Laissé à l'air libre..... 06 Autre (préciser) _____ 96 NSP ..... 98
UF13. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes..... __ : __

UF14. VERIFIER LA LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, COLONNES HL7B ET HL15  
EST-CE QUE L'ENQUETE(E) EST LA MERE OU LE/LA GARDIEN(NE) D'UN AUTRE ENFANT AGE DE 0-4 ANS VIVANT DANS CE MENAGE ?

Oui ⇒ Indiquer à l'enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant plus tard.  
Aller au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la/au même répondant(e)

Non ⇒ Terminer l'entretien avec l'enquêté(e) en le/la remerciant pour sa coopération et lui dire que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant avant de quitter le ménage  
Vérifier s'il y a une autre femme, homme ou un autre enfant de moins de 5 ans à qui il faut administrer un questionnaire dans ce ménage.

## ANTHROPOMETRIE

**AN**

Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant.  
Enregistrer ci-dessous le poids et la taille/grandeur, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant dans la liste des membres du ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.

AN1. Nom et code du mesureur :	Nom _____	
AN2. Résultat des mesures de la taille en position debout/allongé et du poids :	Une ou les deux mesures ..... 1 Enfant non présent ..... 2 Enfant ou gardienne a refusé ..... 3 Autre (préciser) _____ 6	2 ⇒ AN6 3 ⇒ AN6 6 ⇒ AN6
AN3. Poids de l'enfant :	Kilogrammes (kg) ..... Poids non mesuré ..... 99.9	
AN3A. Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
AN3B. Vérifier l'âge de l'enfant à AG2 :	<input type="checkbox"/> L'enfant a moins de 2 ans ⇒ Mesurer la grandeur (l'enfant doit être couché) <input type="checkbox"/> L'enfant a 2 ans ou plus ⇒ Mesurer la taille (l'enfant doit être debout)	
AN4. Grandeur ou taille de l'enfant :	Grandeur/taille (cm) ..... Grandeur/taille pas mesurée ..... 999.9	⇒ AN6
AN4A. Est-ce que l'enfant a été mesuré couché ou debout ?	Couché ..... 1 Debout ..... 2	
AN5. Présence d'œdème :	Oui ..... 1 Non ..... 2	
AN6. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant <input type="checkbox"/> Non ⇒ Vérifier s'il y a d'autres questionnaires individuels à faire dans ce ménage	

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain

Observations du chef d'équipe

Observations du mesureur