

PANNEAU D'INFORMATION SUR L'ENFANT		UF
UF1. Numéro de grappe : _____	UF2. Numéro du ménage: _____	
UF3. Nom et numéro de ligne de l'enfant : NOM _____	UF4. Nom et numéro de ligne de la mère / gardien(ne) : NOM _____	
UF5. Nom et numéro de l'enquêteur : NOM _____	UF6. Nom et Numéro du chef d'équipe : NOM _____	
UF7. Jour/ Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / 2 0 2 1_	UF8. Enregistrez l'heure de début de l'entretien: HEURES : MINUTES _____ : _____	

Vérifiez l'âge du/de la répondant(e) à HL6 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE : Si âge est de 15-17 ans, vérifier que le consentement d'un adulte pour l'interview a été obtenu (HH33 ou HH39) ou pas nécessaire (HL20=90). Si le consentement est nécessaire mais pas obtenu, l'interview ne doit pas commencer et '06' doit être enregistré à UF17. Le/la répondant(e) doit avoir au moins 15 ans.

UF9. Vérifiez les questionnaires complétés dans ce ménage : Avez-vous ou un autre membre de votre équipe déjà interviewé ce répondant sur un autre questionnaire ?	OUI, DEJA INTERVIEWE..... 1 NON, PREMIERE INTERVIEW..... 2	1 ⇒UF10B 2 ⇒UF10A
UF10A. Bonjour, je m'appelle ( <i> votre Nom </i> ). Nous sommes de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique. Nous menons une enquête sur la situation des enfants, des familles et des ménages. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de ( <i> Nom de l'Enfant à UF3 </i> ). Cet entretien prend habituellement 40 minutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'entretien, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?	UF10B. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de ( <i> Nom de l'Enfant à UF3 </i> ). Cet entretien prend habituellement 40 minutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'entretien, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?	
OUI, PERMISSION ACCORDEE .....1 NON, PERMISSION NON ACCORDEE .....2	1 ⇒ Module CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT 2 ⇒UF17	

UF17. Résultat de l'interview de l'enfant de moins de 5 ans  <i>Les codes font référence à la mère/gardien(ne). Discuter tous les résultats non complets avec votre superviseur.</i>	COMPLETE..... 01 PAS A LA MAISON ..... 02 REFUSE..... 03 PARTIELLEMENT COMPLETE ..... 04 EN INCAPACITE (préciser) _____ 05 PAS DE CONSENTEMENT D'UN ADULTE POUR MERE / GARDIEN(NE) DE 15-17 ANS ..... 06 AUTRE (préciser) _____ 96
--	--

**CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS**
**UB**

<b>UB0.</b> Avant que je commence l'interview, pourriez-vous apporter, SVP, le certificat/acte de naissance, ou jugement ou fiche de naissance de ( <b>nom</b> ), son carnet de santé/soins, sa carte/carnet de vaccination ou tout autre carte de vaccination d'un agent de santé privé ? Nous aurons besoin de nous référer à ces documents.		
<b>UB1.</b> En quel jour, quel mois et quelle année ( <b>nom</b> ) est-il/elle né(e) ?  <i>Insistez:</i> Quand est son anniversaire ?  <i>Si la mère/gardien(ne) connaît la date de naissance exacte, enregistrez aussi le jour de naissance ; sinon, enregistrez '98' pour jour.</i>  <i>Les Mois et Année doivent être enregistrés.</i>	DATE DE NAISSANCE JOUR ..... _ _  NSP JOUR ..... 98  MOIS ..... _ _  ANNEE..... 2 0 _ _	
<b>UB2.</b> Quel âge a ( <b>nom</b> ) ?  <i>Insistez :</i> Quel âge a eu ( <b>nom</b> ) à son dernier anniversaire ?  <i>Enregistrez l'âge en années révolues.</i>  <i>Enregistrez '0', si moins d'un an.</i>  <i>Si les réponses à UB1 et UB2 sont incohérentes, insistez et corrigez.</i>	AGE (EN ANNEES REVOLUES)..... _	
<b>UB3.</b> Vérifiez UB2 : Age de l'enfant ?	AGE 0, 1, OU 2 ANS ..... 1 AGE 3 OU 4 ANS ..... 2	1 ⇨ UB9
<b>UB4.</b> Vérifiez le numéro de ligne du/de la répondant(e) (UF4) et celui du/de la répondant(e) au MENAGE QUESTIONNAIRE (HH47) :	REpondante est la meme, UF4=HH47 .... 1 REpondante n'est pas la meme UF4≠HH47 ..... 2	2 ⇨ UB6
<b>UB5.</b> Vérifiez ED10 dans le MODULE EDUCATION DU QUESTIONNAIRE MENAGE : est-ce que l'enfant fréquente un programme d'éducation pré-primaire pendant l'année scolaire actuelle ?	OUI, ED10=0 ..... 1 NON, ED10≠0 OU VIDE..... 2	1 ⇨ UB8B 2 ⇨ UB9
<b>UB6.</b> Est-ce que ( <b>nom</b> ) a déjà fréquenté un programme d'éducation pré-primaire, tel que la maternelle ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	2 ⇨ UB9
<b>UB7.</b> A n'importe quel moment depuis septembre 2020, a-t-il/elle assisté à un programme de la maternelle ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	1 ⇨ UB8A 2 ⇨ UB9
<b>UB8A.</b> Est-ce qu'il/elle fréquente actuellement un programme de la maternelle ?  <b>UB8B.</b> Vous avez mentionné que ( <b>nom</b> ) a fréquenté un programme d'éducation pré-primaire cette année scolaire. Est-ce qu'il/elle participe actuellement à ce programme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
<b>UB9.</b> Est-ce que ( <b>nom</b> ) est couvert(e) par une assurance santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	2 ⇨ Fin
<b>UB10.</b> Par quel type d'assurance santé ( <b>nom</b> ) est-il/elle couvert(e) ?  <i>Enregistrez tout ce qui est mentionné.</i>	ORGANISATION MUTUELLE DE SANTE / ASSURANCE SANTE A BASE COMMUNAUTAIRE..... A ASSURANCE SANTE DE L'EMPLOYEUR ..... B SECURITE SOCIALE..... C AUTRE ASSURANCE SANTE PRIVEE ACHETEE ..... D ARCH ..... E AUTRE (préciser)..... X	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
<b>BR1.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) a un certificat/acte de naissance ou jugement ?  <i>Si 'Oui', demandez :</i> Puis-je le voir SVP ?	OUI, VU .....1	1 ⇒ <i>Fin</i>
	OUI, PAS VU .....2	2 ⇒ <i>Fin</i>
	NON .....3	
	NSP .....8	
<b>BR2.</b> La naissance de ( <i>nom</i> ) a-t-elle été enregistrée/déclarée auprès de l'autorité d'état civil ?	OUI .....1	1 ⇒ <i>Fin</i>
	NON .....2	
	NSP .....8	
<b>BR3.</b> Savez-vous comment déclarer/enregistrer la naissance de ( <i>nom</i> ) ?	OUI .....1	
	NON .....2	

J'aimerais vous poser des questions sur certaines choses que (*nom*) est actuellement en mesure de faire. N'oubliez pas que les enfants peuvent se développer et apprendre à des rythmes différents. Par exemple, certains commencent à marcher plus tôt que d'autres. Il est donc normal que (*nom*) ne puisse faire que certaines des choses que je vais vous demander, mais pas toutes.

<b>ECD1.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) peut marcher sur une surface inégale, par exemple une route cahoteuse ou raide, sans tomber ?	OUI ..... 1 NON..... 2  NSP..... 8	
<b>ECD2.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) peut sauter avec les deux pieds en l'air ?	OUI ..... 1 NON..... 2  NSP..... 8	
<b>ECD3.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) peut s'habiller ( <i>lui-même</i> ), c'est-à-dire mettre un pantalon et une chemise sans aide ?	OUI ..... 1 NON..... 2  NSP..... 8	
<b>ECD4.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) peut attacher et détacher des boutons sans aide?	OUI ..... 1 NON..... 2  NSP..... 8	
<b>ECD5.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) peut dire au moins 10 mots ou plus comme "maman" ou "ballon" ?	OUI ..... 1 NON..... 2  NSP..... 8	
<b>ECD6.</b> ( <i>nom</i> ) peut-il (elle) parler en utilisant des phrases de 3 mots ou plus qui vont ensemble, par exemple "Je veux de l'eau" ou "La maison est grande" ?	OUI ..... 1 NON..... 2  NSP..... 8	2 ⇨ ECD8 8 ⇨ ECD8
<b>ECD7.</b> ( <i>nom</i> ) peut-il (elle) parler en utilisant des phrases de 5 mots ou plus qui vont ensemble, par exemple "La maison est très grande" ?	OUI ..... 1 NON..... 2  NSP..... 8	
<b>ECD8.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) peut utiliser correctement l'un des mots "je", "tu", "elle" ou "il", par exemple "je vais au magasin" ou "il mange du riz" ?	OUI ..... 1 NON..... 2  NSP..... 8	
<b>ECD9.</b> Si vous montrez à ( <i>nom</i> ) un objet qu' ( <i>il/elle</i> ) connaît bien, comme une tasse ou un animal, peut-( <i>il/elle</i> ) le nommer de manière cohérente ?	OUI ..... 1 NON..... 2  NSP..... 8	
<b>ECD10.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) peut reconnaître au moins 5 lettres de l'alphabet ?	OUI ..... 1 NON..... 2  NSP..... 8	
<b>ECD11.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) peut ( <i>il/elle</i> ) écrire son propre nom ?	OUI ..... 1 NON..... 2  NSP..... 8	

<b>ECD12.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) connaît tous les numéros de 1 à 5 ?	OUI ..... 1 NON ..... 2  NSP ..... 8	
<b>ECD13.</b> Si vous demandez à ( <i>nom</i> ) de vous donner 3 objets, tels que 3 pierres ou 3 haricots, vous donne-t- <i>(il/elle)</i> la quantité correcte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2  NSP ..... 8	
<b>ECD14.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) peut compter 10 objets, par exemple 10 doigts ou blocs, sans erreur ?	OUI ..... 1 NON ..... 2  NSP ..... 8	
<b>ECD15.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) peut faire une activité telle que le coloriage sans demander de l'aide de façon répétée ou abandonner trop vite ?	OUI ..... 1 NON ..... 2  NSP ..... 8	
<b>ECD16.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) pose des questions sur des personnes familières autres que les parents lorsqu'elles ne sont pas là, par exemple "Où est grand-mère ?	OUI ..... 1 NON ..... 2  NSP ..... 8	
<b>ECD17.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) propose d'aider une personne qui semble avoir besoin d'aide ?	OUI ..... 1 NON ..... 2  NSP ..... 8	
<b>ECD18.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) s'entend bien avec les autres enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2  NSP ..... 8	
<b>ECD19.</b> Combien de fois ( <i>nom</i> ) semble-t-il être très triste ou déprimé ?  Diriez-vous : chaque jour, chaque semaine, chaque mois, quelques fois par an ou jamais ?	CHAQUE JOUR ..... 1 CHAQUE SEMAINE ..... 2 CHAQUE MOIS ..... 3 QUELQUES FOIS PAR AN ..... 4 JAMAIS ..... 5	
<b>ECD20.</b> Par rapport aux enfants du même âge, dans quelle mesure ( <i>nom</i> ) donne-t-il des coups de pied, mord-il ou frappe-t-il d'autres enfants ou adultes ?  Diriez-vous : pas du tout, moins, la même chose, plus ou beaucoup plus ?	PAS DU TOUT ..... 1 MOINS ..... 2 LA MEME CHOSE ..... 3 PLUS ..... 4 BEAUCOUP PLUS ..... 5	

DISCIPLINE DE L'ENFANT		UCD
<b>UCD1.</b> Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	AGE 0 AN .....1 AGE 1, 2, 3 OU 4 ANS ..... 2	1 ⇒Fin
<b>UCD2.</b> Maintenant je voudrais parler de quelque chose d'autre.  Les adultes utilisent certains moyens pour apprendre aux enfants à bien se comporter ou pour traiter des problèmes de comportement. Je vais vous lire une liste de méthodes qui sont utilisées. Dites-moi SVP, si <u>vous avez ou n'importe quel autre membre de votre ménage</u> a utilisé une de ces méthodes avec <b>(nom)</b> au cours du mois dernier.  [A] Retirer des privilèges, interdire quelque chose que <b>(nom)</b> aime faire ou ne pas lui permettre de quitter la maison.  [B] Expliquer à <b>(nom)</b> pourquoi son comportement n'est pas bien.  [C] (Le/la) secouer.  [D] Hurler ou lui crier dessus.  [E] Lui donner quelque chose d'autre à faire.  [F] Lui donner une fessée, (le/la) frapper ou (le/la) taper sur les fesses à main nues.  [G] (Le/la) frapper sur les fesses ou sur d'autres parties du corps avec quelque chose tel ceinture, brosse à cheveux, bâton ou autre objet dur  [H] (Le/la) traiter d'idiot, de paresseux ou d'un autre nom comme ça.  [I] (Le/la) frapper ou (le/la) gifler sur le visage, la tête ou les oreilles.  [J] (Le/la) frapper ou (le/la) taper sur les mains, les bras ou les jambes.  [K] (Le/la) battre, c'est-à-dire (le/la) frapper encore et encore aussi fort que possible.	OUI NON  RETIRER DES PRIVILEGES .....1 2  EXPLIQUER LE MAUVAIS COMPORTEMENT .....1 2  SECOUER .....1 2  HURLER, CRIER DESSUS .....1 2  DONNER AUTRE CHOSE A FAIRE .....1 2  DONNER UNE FESSEE, FRAPPER, TAPER A MAINS NUES .....1 2  FRAPPER AVEC CEINTURE, BROSSES, BATON OU AUTRE .....1 2  TRAITER D'IDIOT, PARESSEUX OU AUTRE .....1 2  FRAPPER / GIFLER SUR LE VISAGE, TETE OU OREILLES .....1 2  FRAPPER / TAPER SUR LES MAINS, BRAS OU JAMBES .....1 2  BATTRE ET FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE.....1 2	
<b>UCD3.</b> Vérifier UF4 : Est-ce que le/la répondant(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d'un autre enfant de moins de 5 ans ou d'un enfant de 5-14 ans sélectionné pour le questionnaire enfant de 5-17 ans ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	2 ⇒UCD5
<b>UCD4.</b> Vérifier UF4 : Est-ce que ce/cette répondant(e) a déjà répondu à la question suivante (UCD5 ou FCD5) pour un autre enfant ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	1 ⇒Fin
<b>UCD5.</b> Pensez-vous que pour élever ou éduquer correctement un enfant, il est nécessaire qu'il soit puni physiquement ?	OUI .....1 NON .....2  NSP / PAS D'OPINION .....8	

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT		UCF
<b>UCF1.</b> Vérifiez UB2 : Age de l'enfant ?	AGE 0 OU 1 AN ..... 1 AGE 2, 3 OU 4 ANS ..... 2	1 ⇒ Fin
<b>UCF2.</b> Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur les difficultés que ( <i>Nom</i> ) peut connaître :  ( <i>Nom</i> ) porte-t-il/elle des lunettes ?	OUI..... 1 NON ..... 2	
<b>UCF3.</b> ( <i>Nom</i> ) utilise-t-il/elle une prothèse auditive ?	OUI..... 1 NON ..... 2	
<b>UCF4.</b> ( <i>Nom</i> ) utilise-t-il/elle un équipement /assistant technique ou reçoit-il/elle de l'assistance pour marcher ?	OUI..... 1 NON ..... 2	
<b>UCF5.</b> Pour les questions suivantes, je vous demanderai de répondre en sélectionnant une réponse parmi quatre réponses possibles. Pour chaque question diriez-vous que ( <i>nom</i> ) a 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) si il/elle ne peut pas du tout faire l'activité.  <i>Répétez les catégories en posant les questions individuelles à chaque fois que la répondante n'utilise pas une des catégories de réponse.</i> Rappelez-vous que les 4 réponses possibles sont Diriez-vous que ( <i>nom</i> ) a : 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) ne peut pas du tout faire l'activité ?		
<b>UCF6.</b> Vérifiez UCF2 : Enfant porte des lunettes ?	OUI, UCF2=1 ..... 1 NON, UCF2=2 ..... 2	1 ⇒UCF7A 2 ⇒UCF7B
<b>UCF7A.</b> Lorsqu'il/elle porte ses lunettes, ( <i>nom</i> ) a-t-il/elle des difficultés à voir ?  <b>UCF7B.</b> ( <i>Nom</i> ) a-t-il/elle des difficultés à voir ?	AUCUNE DIFFICULTE ..... 1 QUELQUES DIFFICULTES ..... 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES ..... 3 NE PEUT PAS DU TOUT VOIR ..... 4	
<b>UCF8.</b> Vérifiez UCF3 : Enfant porte une prothèse auditive ?	OUI, UCF3=1 ..... 1 NON, UCF3=2 ..... 2	1 ⇒UCF9A 2 ⇒UCF9B
<b>UCF9A.</b> Lorsqu'il/elle utilise sa prothèse auditive, ( <i>nom</i> ) a-t-il/elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ?  <b>UCF9B.</b> ( <i>Nom</i> ) a-t-il /elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ?	AUCUNE DIFFICULTE ..... 1 QUELQUES DIFFICULTES ..... 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES ..... 3 NE PEUT PAS DU TOUT ENTENDRE ..... 4	
<b>UCF10.</b> Vérifiez UCF4 : Enfant utilise un équipement ou reçoit de l'assistance pour marcher ?	OUI, UCF4=1 ..... 1 NON, UCF4=2 ..... 2	1 ⇒UCF11 2 ⇒UCF13
<b>UCF11.</b> Sans son équipement ou sans assistance, ( <i>nom</i> ) a-t-il /elle des difficultés à marcher ?	QUELQUES DIFFICULTES ..... 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES ..... 3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER ..... 4	

<p><b>UCF12.</b> Avec son équipement ou assistance, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à marcher ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE ..... 1          QUELQUES DIFFICULTES ..... 2          BEAUCOUP DE DIFFICULTES ..... 3          NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER ..... 4</p>	<p>1 ⇒UCF14          2 ⇒UCF14          3 ⇒UCF14          4 ⇒UCF14</p>
<p><b>UCF13.</b> Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à marcher ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE ..... 1          QUELQUES DIFFICULTES ..... 2          BEAUCOUP DE DIFFICULTES ..... 3          NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER ..... 4</p>	
<p><b>UCF14.</b> Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à saisir des petits objets avec sa main ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE ..... 1          QUELQUES DIFFICULTES ..... 2          BEAUCOUP DE DIFFICULTES ..... 3          NE PEUT PAS DU TOUT SAISIR ..... 4</p>	
<p><b>UCF15.</b> (<i>Nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à vous comprendre ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE ..... 1          QUELQUES DIFFICULTES ..... 2          BEAUCOUP DE DIFFICULTES ..... 3          NE PEUT PAS DU TOUT COMRENDRE ..... 4</p>	
<p><b>UCF16.</b> Lorsque (<i>nom</i>) parle, avez-vous des difficultés à le/la comprendre ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE ..... 1          QUELQUES DIFFICULTES ..... 2          BEAUCOUP DE DIFFICULTES ..... 3          NE PEUT PAS DU TOUT ETRE COMPRIS ..... 4</p>	
<p><b>UCF17.</b> Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à apprendre des choses ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE ..... 1          QUELQUES DIFFICULTES ..... 2          BEAUCOUP DE DIFFICULTES ..... 3          NE PEUT PAS DU TOUT APPRENDRE ..... 4</p>	
<p><b>UCF18.</b> Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à jouer ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE ..... 1          QUELQUES DIFFICULTES ..... 2          BEAUCOUP DE DIFFICULTES ..... 3          NE PEUT PAS DU TOUT JOUER ..... 4</p>	
<p><b>UCF19.</b> La prochaine question a 5 options de réponses différentes. Je vais vous les lire après chaque question.</p> <p>Par rapport aux enfants du même âge, à quelle fréquence (<i>nom</i>) donne-t-il/elle des coups de pied, mord-il/elle ou frappe-t-il/elle les autres enfants ou les adultes ?</p> <p>Diriez-vous : jamais, moins, autant, plus souvent ou beaucoup plus souvent ?</p>	<p>JAMAIS ..... 1          MOINS ..... 2          AUTANT ..... 3          PLUS SOUVENT ..... 4          BEAUCOUP PLUS SOUVENT ..... 5</p>	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE		BD
<b>BD1.</b> Vérifiez UB2 : Age de l'enfant ?	AGE 0, 1, OU 2 ANS.....1 AGE 3 OU 4 ANS .....2	2 ⇒ Fin
<b>BD2.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) a été allaité ?	OUI.....1 NON .....2 NSP.....8	2 ⇒ BD3A 8 ⇒ BD3A
<b>BD3.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) est toujours allaité ?	OUI.....1 NON .....2 NSP.....8	
<b>BD3A.</b> Vérifiez UB2: Age de l'enfant ?	AGE 0 OU 1 ANS .....1 AGE 2 ANS .....2	2 ⇒ Fin
<b>BD4.</b> Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que ( <i>nom</i> ) a bu quelque chose au biberon ?	OUI.....1 NON .....2 NSP.....8	
<b>BD5.</b> Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que ( <i>nom</i> ) a bu des Sels de Réhydratation Orale ou SRO ?	OUI.....1 NON .....2 NSP.....8	
<b>BD6.</b> Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que ( <i>nom</i> ) a bu ou mangé des vitamines ou des suppléments minéraux ou n'importe quel médicament ?	OUI.....1 NON .....2 NSP.....8	
<b>BD7.</b> Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les autres liquides que ( <i>nom</i> ) pourrait avoir pris hier durant le jour ou la nuit.  SVP, inclure aussi tous les liquides consommés en dehors de la maison.  Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que ( <i>nom</i> ) a bu ( <i>nom du breuvage</i> ) :		
[A] De l'eau simple ?	EAU SIMPLE	OUI 1 NON 2 NSP 8
[B] Jus de fruits ou boissons à base de jus de fruits ?	JUS OU BOISSON A BASE DE JUS	OUI 1 NON 2 NSP 8
[C] Bouillon / soupe clair ?	BOUILLON CLAIR	OUI 1 NON 2 NSP 8
[D] Du lait maternisé tel que, Blédina, Primalac, Francelait, Picot, Nan, Nursie, Guigoz, Gallia, Blédilait, Nestlé ?	LAIT MATERNISE	OUI 1 NON 2 NSP 8 BD7[E] BD7[E]
[D1] Combien de fois ( <i>nom</i> ) a-t-il bu du lait maternisé ? Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'. Si NSP, enregistrez '8'.	NOMBRE DE FOIS BU DU LAIT MATERNISE .....	
[E] Du lait d'animal, qu'il soit frais en boîte/écrémé?	LAIT	OUI 1 NON 2 NSP 8 BD7[X] BD7[X]
[E1] Combien de fois ( <i>nom</i> ) a-t-il bu du lait Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'. Si NSP, enregistrez '8'.	NOMBRE DE FOIS BU DU LAIT .....	

[X] N'importe quels autres liquides ?	AUTRES LIQUIDES	1	2 $\surd$	8 $\surd$
			BD8	BD8
[X1] Enregistrez tous les autres liquides mentionnés.	(Préciser) _____			
<b>BD8.</b> Maintenant je voudrais vous poser des questions sur <u>tout</u> ce que ( <b>nom</b> ) a mangé hier durant le jour et la nuit. SVP, incluez la nourriture consommée en dehors de votre maison. - Pensez au moment où ( <b>nom</b> ) s'est réveillé(e) hier. Est-ce qu'il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ? <i>Si 'Oui' demandez : SVP, dites-moi tout ce que (<b>nom</b>) a mangé à ce moment-là. Insistez : Rien d'autre ?</i> <i>Enregistrez les réponses en utilisant les groupes d'aliments ci-dessous.</i> - Qu'est-ce que ( <b>nom</b> ) a fait après cela ? Est-ce qu'il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ? <i>Répétez cette série de questions, enregistrez les réponses dans les groupes d'aliments jusqu'à ce que le/la répondant(e) vous dise que l'enfant est allé dormir jusqu'au lendemain matin.</i>				
Pour chaque groupe d'aliments non mentionné après avoir fini la question au-dessus, demander : Juste pour être sûre, est-ce que ( <b>nom</b> ) a mangé ( <b>groupe d'aliments</b> ) hier durant le jour ou la nuit ?		OUI	NON	NSP
[A] Du yaourt fait avec du lait d'animal ? <i>Notez que yaourt liquide /à boire doit être enregistré à BD7[E] ou à BD7[X] dépendant de contenu du lait.</i>	YAOURT	1	2 $\surd$	8 $\surd$
			BD8[B]	BD8[B]
[A1] Combien de fois ( <b>nom</b> ) a-t-il/elle mangé du yaourt ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'. Si NSP, enregistrez '8'.</i>	NOMBRE DE FOIS MANGE YAOURT			_____
[B] De la nourriture pour bébé telle que Cérélac, Blédine, Gerber, Hero, Nestum, Nutrilon, (locaux : Céréso, Bébé nutri, Spiruline) ou tout autre farine enrichie produit localement ou à la maison ?	NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBE	1	2	8
[C] Du pain, pâtes, bouillie, ou autres aliments à base de grains (riz, maïs, sorgho, mil, fonio) ?	NOURRITURE A BASE DE CEREALES	1	2	8
[D] Courge, carotte, citrouille, patate douce, léfé/srou (dioscorea dumetorum), qui sont jaune ou orange à l'intérieur ?	COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, ETC.	1	2	8
[E] Des pommes de terre, de l'igname, du manioc, ou autre nourriture à base de tubercules de couleur blanche à l'intérieur ?	NOURRITURE A BASE DE TUBERCULES	1	2	8
[F] N'importe quels légumes à feuilles vert foncé comme Epinard (Fo tête), Moringa, Brocoli, Vernonia (Amanvivè), feuille de manioc (Kpoyiba), Tchiayo, Feuille de Haricot (Ayiman), Fon man, Djissiman, feuille de laitue, Gbo-man, glassué-man ?	LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE	1	2	8
[G] Mangues mures, des papayes mures, melon ?	MANGUE MURE, PAPAYE MURE	1	2	8
[H] Tout autre fruit et légume, comme la tomate, gombo, le haricot vert, noix de palme, banane, orange, ananas, citron, crincrin, avocat, goyave, mandarine, pomme fruit etc. ?	AUTRE FRUITS OU LEGUMES	1	2	8
[I] Du foie, des rognons, du cœur ou autres abats ?	ABATS	1	2	8

[J] Toute autre viande comme du bœuf, du porc, de l'agneau, de la chèvre, du poulet, pintade, du canard, le lapin ou des saucisses faites de ces viandes ?	AUTRES VIANDES	1	2	8
[K] Des œufs ?	OEUFs	1	2	8
[L] Du poisson, fretins, crabe, crevette, ou des crustacés, frais ou séchés ?	POISSON FRAIS OU SECHE	1	2	8
[M] Des haricots, soja, voandzou, cassoulet, pois d'angole, petits pois, lentilles ou noix (arachides, amandes, etc.) y compris toute préparation faite avec ces aliments ?	NOURRITURES A BASE DE HARICOTS, POIS, NOIX, ETC.	1	2	8
[N] Du fromage ou autre aliment fait avec du lait animal ?	FROMAGE OU AUTRE ALIMENT A BASE DE LAIT	1	2	8
[X] Autre aliment solide, semi-solide ou mou ?	AUTRE ALIMENT SOLIDE, SEMI-SOLIDE OU MOU	1	2 $\varnothing$ BD8Y	8 $\varnothing$ BD8Y
[X1] <i>Enregistrez tous les aliments solides, semi-solides ou mous qui ne correspondent pas aux groupes d'aliments ci-dessus.</i>	(Préciser) _____			
[Y] Beurre, huile de palme, huile d'arachide, huile de coton, tournesol, huile de karité, huile d'olive, huile de coco, etc. ?	ALIMENTS A BASE DE LIPIDES	1	2	8
<b>BD9.</b> Combien de fois ( <i>nom</i> ) a-t-il/elle mangé des aliments solides, semi-solides ou mou hier durant le jour et la nuit ?  <i>Si BD8[A] est 'Oui', s'assurer que les réponses ici incluent le nombre de fois enregistré pour le yaourt en BD8[A1].</i>  <i>Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.</i>	NOMBRE DE FOIS .....  NSP .....8			

VACCINATION		IM							
<b>IM1.</b> Vérifiez UB2 : Age de l'enfant ?		AGE 0, 1, OU 2 ANS ..... 1						2 ⇒ Fin	
		AGE 3 OU 4 ANS ..... 2							
<b>IM2.</b> Avez-vous un(e) carnet/carte de vaccinations ou un document d'un centre de santé public ou privé où les vaccinations de ( <i>nom</i> ) sont enregistrées ?		OUI, A SEULEMENT UN CARNET/CARTE ..... 1						1 ⇒ IM5	
		OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT . 2							
		OUI, A CARNET/CARTE ET AUTRE DOCUMENT ..... 3						3 ⇒ IM5	
		NON, N'A NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT ..... 4							
<b>IM3.</b> Avez-vous déjà eu un(e) carnet/carte de vaccinations ou un document d'un centre de santé privé public ou pour ( <i>nom</i> ) ?		OUI ..... 1							
		NON ..... 2							
<b>IM4.</b> Vérifiez IM2 :		A SEULEMENT AUTRE DOCUMENT, IM2=2 ..... 1							
		NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT DISPONIBLE, IM2=4 ..... 2						2 ⇒ IM11	
<b>IM5.</b> Puis-je voir le carnet/carte (et/ou) l'autre document ?		OUI, CARNET/CARTE SEULEMENT VU ..... 1							
		OUI, AUTRE DOCUMENT SEULEMENT VU ..... 2							
		OUI, CARNET/CARTE ET AUTRE DOCUMENT VUS ..... 3							
		NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT VU ..... 4						4 ⇒ IM11	
<b>IM6.</b> (a) Copiez les dates de chaque vaccination à partir de la/le carte/carnet. (b) Ecrire '44' dans la colonne jour si la/le carte/carnet montre que la vaccination a été donnée mais la date n'est pas enregistrée.		<b>DATE DE VACCINATION</b>							
		<b>JOUR</b>		<b>MOIS</b>		<b>ANNEE</b>			
BCG	BCG					2	0		
HepB (à la naissance)	HepB0					2	0		
Polio (VPO) (à la naissance)	VPO0					2	0		
Polio (VPO) 1	VPO1					2	0		
Polio (VPO) 2	VPO2					2	0		
Polio (VPO) 3	VPO3					2	0		
Polio (VPI)	VPI					2	0		
Pentavalent (DTCOq /Hib/ HepB) 1	Penta1					2	0		
Pentavalent (DTCOq /Hib/ HepB) 2	Penta2					2	0		
Pentavalent (DTCOq /Hib/ HepB) 3	Penta3					2	0		
Pneumocoque (Conjugué) 1	PCV13 1					2	0		
Pneumocoque (Conjugué) 2	PCV13 2					2	0		
Pneumocoque (Conjugué) 3	PCV13 3					2	0		
Rotavirus 1	Rota1					2	0		
Rotavirus 2	Rota2					2	0		
Rotavirus 3	Rota3					2	0		
Vaccin Anti Amaril (Fièvre jaune)	VAA/FJ					2	0		
Vaccin Anti Rougeoleux	VAR					2	0		
Vaccin anti Rougeoleux anti Rubéoleu: RR						2	0		
Vitamine A (la plus récente)	VITAMINE A					2	0		

<b>IM7.</b> Vérifiez IM6 : Tous les vaccins (BCG à VAR/RR) enregistrés ?	OUI..... 1 NON ..... 2	1 ⇒Fin
<b>IM8.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) a participé aux campagnes de vaccination, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l'enfant suivantes :  [A] campagne anti Rougeoleux/Rubéoleux (RR) de mars 2019	O N NSP  CAMPAGNE (RR)..... 1 2 8	
<b>IM9.</b> En plus de ce qui est enregistré dans le document que vous nous avez montré, est-ce que ( <i>nom</i> ) a reçu d'autres vaccinations y compris des vaccinations reçues pendant les campagnes, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l'enfant qu'on vient de mentionner ?	OUI..... 1 NON ..... 2  NSP..... 8	2 ⇒Fin  8 ⇒Fin
<b>IM10.</b> Retournez à IM6 et insistez pour ces vaccinations.  Enregistrez '66' dans la colonne jour correspondante pour chaque vaccin reçu.  Pour chaque vaccin <u>pas</u> reçu, enregistrez '00' dans la colonne jour.		⇒Fin
<b>IM11.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) a déjà reçu des vaccinations pour l'empêcher d'attraper des maladies, y compris des vaccinations reçues pendant des campagnes de vaccination, des journées nationales de vaccination ou journées de santé de l'enfant ?	OUI..... 1 NON ..... 2  NSP..... 8	
<b>IM12.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) a participé aux campagnes, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l'enfant suivantes :  [A] campagne anti Rougeoleux/Rubéoleux (RR) de Mars 2019	O N NSP  CAMPAGNE (RR)..... 1 2 8	
<b>IM13.</b> Vérifier IM11 et IM12 :	TOUT NON OU NSP ..... 1 AU MOINS UN OUI ..... 2	1 ⇒Fin
<b>IM14.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) a déjà reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose – c'est-à-dire une injection faite dans l'avant-bras et qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI..... 1 NON ..... 2  NSP..... 8	
<b>IM15.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) a déjà reçu un vaccin contre l'hépatite B – c'est-à-dire une injection à la cuisse pour lui éviter de contracter l'Hépatite B dans les 24 h après sa naissance ?	OUI, DANS LES 24 HEURES..... 1 OUI, MAIS PAS DANS LES 24 HEURES..... 2 NON ..... 3 NSP..... 8	

<p><b>IM16.</b> Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu un vaccin sous forme de gouttes dans la bouche pour le/la protéger contre la polio ?</p> <p><i>Insister en indiquant que la première goutte est généralement donnée à la naissance et les autres en même temps que des injections contre d'autres maladies.</i></p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2 ⇒IM20</p> <p>8 ⇒IM20</p>
<p><b>IM17.</b> Les premières gouttes de polio ont-elles été reçues dans les deux semaines suivant la naissance de (<i>nom</i>)?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p><b>IM18.</b> Combien de fois les gouttes de Polio ont été données ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS ..... _</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p><b>IM19.</b> La dernière fois que (<i>nom</i>) a reçu des gouttes de Polio, est-ce qu'il/elle a également reçu une injection pour le/la protéger contre la Poliomyélite ?</p> <p><i>Insister pour s'assurer que les deux, gouttes et injection, ont été données.</i></p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p><b>IM20.</b> Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin Pentavalent– c'est-à-dire une injection dans le bras pour l'empêcher d'attraper le tétanos, la coqueluche, la diphtérie, l'hépatite B et l'Haemophilus influenzae de type b?</p> <p><i>Insister en indiquant que le vaccin Pentavalent est parfois donné en même temps que les gouttes de Polio.</i></p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2 ⇒IM22</p> <p>8 ⇒IM22</p>
<p><b>IM21.</b> Combien de fois le vaccin Pentavalent a été donné ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS ..... _</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p><b>IM22.</b> Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin anti Pneumocoque Conjugué – PCV13– c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour l'empêcher d'attraper une maladie pneumococcique, y compris les infections d'oreille et la méningite causée par le pneumocoque?</p> <p><i>Insister en indiquant que le vaccin PCV13 est parfois donné en même temps que le Pentavalent</i></p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2 ⇒IM24</p> <p>8 ⇒IM24</p>
<p><b>IM23.</b> Combien de fois le vaccin anti Pneumocoque Conjugué PCV a été donné ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS ..... _</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p><b>IM24.</b> Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin Rotavirus – c'est-à-dire du liquide dans la bouche pour prévenir la diarrhée ?</p> <p><i>Insister en indiquant que le vaccin Rotavirus est parfois donné en même temps que le Pentavalent</i></p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2 ⇒IM26</p> <p>8 ⇒IM26</p>
<p><b>IM25.</b> Combien de fois le vaccin Rotavirus a été donné ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS ..... _</p>	

	NSP..... 8	
<b>IM26.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) a déjà reçu le vaccin Anti Rougeoleux VAR – c’est-à-dire une injection dans le bras à l’âge de 9 mois ou plus pour l’empêcher d’attraper la rougeole?	OUI..... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	1 ⇔ IM27
<b>IM26B.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) a déjà reçu le vaccin Anti Rougeoleux Anti rubéoleux RR – c’est-à-dire une injection dans le bras à l’âge de 9 mois ou plus pour l’empêcher d’attraper la rougeole et la rubéole ?	OUI..... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	
<b>IM27.</b> Est-ce que ( <i>nom</i> ) a déjà reçu le vaccin Anti Amaril contre la fièvre jaune – c’est-à-dire une injection dans la cuisse à l’âge de 9 mois ou plus - pour l’empêcher d’attraper la fièvre jaune ?  <i>Insister en indiquant que le vaccin contre la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le VAR ou le RR.</i>	OUI..... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
<p><b>CA1.</b> Est-ce que (<i>nom</i>) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2  NSP ..... 8</p>	<p>2 ⇒ CA14  8 ⇒ CA14</p>
<p><b>CA2.</b> Vérifiez BD3 : Est-ce que l'enfant est toujours allaité ?</p>	<p>OUI OU BLANC, BD3=1 OU BLANC ..... 1  NON OU NSP, BD3=2 OU 8 ..... 2</p>	<p>1 ⇒ CA3A  2 ⇒ CA3B</p>
<p><b>CA3A.</b> Je voudrais savoir quelle quantité de liquides à boire a été donnée à (<i>nom</i>) durant sa diarrhée. Ceci inclut le lait maternel, les Sels de Réhydratation Orale (SRO) et les autres liquides donnés avec des médicaments.</p> <p>Pendant que (<i>nom</i>) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p><i>Si 'moins', insistez :</i>  Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à boire que d'habitude, ou un peu moins à boire que d'habitude ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS ..... 1  UN PEU MOINS ..... 2  A PEU PRES LA MEME CHOSE ..... 3  PLUS ..... 4  RIEN A BOIRE ..... 5  NSP ..... 8</p>	
<p><b>CA3B.</b> Je voudrais savoir quelle quantité de liquides à boire a été donnée à (<i>nom</i>) durant sa diarrhée. Ceci inclut les Sels de Réhydratation Orale (SRO) et les autres liquides donnés avec des médicaments.</p> <p>Pendant que (<i>nom</i>) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p><i>Si 'moins', insistez :</i>  Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à boire que d'habitude, ou un peu moins à boire que d'habitude ?</p>		
<p><b>CA4.</b> Pendant que (<i>nom</i>) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?</p> <p><i>Si 'moins', insistez :</i>  Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à manger que d'habitude, ou un peu moins à manger que d'habitude ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS ..... 1  UN PEU MOINS ..... 2  A PEU PRES LA MEME CHOSE ..... 3  PLUS ..... 4  A STOPPE L'ALIMENTATION ..... 5  N'A JAMAIS DONNE A MANGER ..... 7  NSP ..... 8</p>	
<p><b>CA5.</b> Avez-vous recherché des conseils ou un traitement contre la diarrhée de n'importe quelle source ?</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2  NSP ..... 8</p>	<p>2 ⇒ CA7  8 ⇒ CA7</p>

<p><b>CA6.</b> Où avez-vous cherché des conseils ou un traitement ?</p> <p><i>Insistez: quelque part d'autre ?</i></p> <p><i>Enregistrez tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</i></p> <p><i>Insistez pour identifier chaque type de fournisseur.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit et enregistrez temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>(Nom de l'endroit)</i></p>	<p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b></p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL..... B</p> <p>POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL . C</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE .. D</p> <p>CLINIQUE MOBILE/STRATEGIE AVANCEE .....E</p> <p>CLINIQUE DE PLANNING FAMILIAL .....F</p> <p>CENTRE DE PROMOTION SOCIALE ..... G</p> <p><b>AUTRE MEDICAL PUBLIC</b> (préciser) _____ H</p> <p><b>SECTEUR MEDICAL PRIVE</b></p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUE PRIVEE .....I</p> <p>MEDECIN PRIVE.....J</p> <p>PHARMACIE PRIVEE ..... K</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL) .....L</p> <p>CLINIQUE MOBILE.....M</p> <p>HOPITAL CONFESIONNEL ..... N</p> <p><b>AUTRE MEDICAL PRIVE</b> (préciser) _____ O</p> <p>NSP PUBLIC OU PRIVE..... W</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>FAMILLE/AMIS .....P</p> <p>BOUTIQUE / MARCHE / RUE ..... Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL ..... R</p> <p>VENDEUR DE MEDICAMENTS ITTINERANT .....S</p> <p>AUTRE (préciser)_____ X</p>	
<p><b>CA7.</b> Quand (<i>nom</i>) a eu la diarrhée est-ce qu'il a eu :</p> <p>[A] Une SRO faite à partir d'un sachet spécial appelé ORASEL ou ORASEL/ZINC ?</p> <p>[C] Du Zinc en comprimés ou en sirop ?</p> <p>[D] liquide maison recommandée par le gouvernement : Thérapie de Réhydratation Orale (TRO) ?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>SACHET DE SRO ..... 1 2 8</p> <p>ZINC COMPRIMES OU SIROP..... 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON ..... 1 2 8</p>	
<p><b>CA8.</b> Vérifiez CA7[A]: Est-ce que l'enfant a reçu n'importe quel type de SRO ?</p>	<p>OUI, EN CA7[A] ..... 1</p> <p>NON, OU 'NSP'EN CA7[A]..... 2</p>	<p>2 ⇒CA10</p>

<p><b>CA9.</b> Où avez-vous eu la (SRO mentionné en CA7[A])?</p> <p><i>Insistez pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si 'l'avait déjà à la maison', insistez pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrez temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></p> <hr/> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b></p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL ..... B</p> <p>POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL . C</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE .. D</p> <p>CLINIQUE MOBILE / STRATEGIE AVANCEE .....E</p> <p>CLINIQUE DE PLANNING FAMILIAL .....F</p> <p>CENTRE DE PROMOTION SOCIALE ..... G</p> <p>AUTRE MEDICAL PUBLIC (préciser) ..... H</p> <p><b>SECTEUR MEDICAL PRIVE</b></p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUE .....I</p> <p>MEDECIN PRIVE .....J</p> <p>PHARMACIE PRIVEE ..... K</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL) .....L</p> <p>CLINIQUE MOBILE.....M</p> <p>HOPITAL CONFESIONNEL ..... N</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser) ..... O</p> <p>NSP PUBLIC OU PRIVE..... W</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>FAMILLE / AMIS .....P</p> <p>BOUTIQUE / MARCHE / RUE ..... Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL ..... R</p> <p>VENDEUR DE MEDICAMENTS ITTINERANT .....S</p> <p>AUTRE (préciser)..... X</p> <p>NSP / NE SE RAPPELLE PAS .....Z</p>	
<p><b>CA10.</b> Vérifiez CA7[C]: Est-ce que l'enfant a reçu du zinc ?</p>	<p>OUI, CA7[C]=1 ..... 1</p> <p>NON, CA7[C] ≠1 ..... 2</p>	<p>2 ⇒CA12</p>

<p><b>CA11.</b> Où avez-vous eu le zinc ?</p> <p><i>Insistez pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si 'l'avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><i><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit et enregistrez temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></i></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>(Nom de l'endroit)</i></p>	<p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b></p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL ..... B</p> <p>POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL . C</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE .. D</p> <p>CLINIQUE MOBILE / STRATEGIE AVANCEE .....E</p> <p>CLINIQUE DE PLANNING FAMILIAL .....F</p> <p>CENTRE DE PROMOTION SOCIALE ..... G</p> <p>AUTRE MEDICAL PUBLIC (préciser) ..... H</p> <p><b>SECTEUR MEDICAL PRIVE</b></p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUE .....I</p> <p>MEDECIN PRIVE .....J</p> <p>PHARMACIE PRIVEE ..... K</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL) .....L</p> <p>CLINIQUE MOBILE.....M</p> <p>HOPITAL CONFESIONNEL ..... N</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser) ..... O</p> <p>NSP PUBLIC OU PRIVE ..... W</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>FAMILLE / AMIS .....P</p> <p>BOUTIQUE / MARCHE / RUE ..... Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL ..... R</p> <p>VENDEUR DE MEDICAMENTS ITTINERANT .....S</p> <p>AUTRE (préciser)..... X</p> <p>NSP / NE SE RAPPELLE PAS .....Z</p>	
<p><b>CA12.</b> Est-ce que quelque chose d'autre a été donnée pour traiter la diarrhée ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>2 ⇒CA14</p> <p>8 ⇒CA14</p>

<p><b>CA13.</b> Qu'est-ce qui a été donné en plus pour traiter la diarrhée ?</p> <p><i>Insistez :</i> Rien d'autre ?</p> <p><i>Enregistrez tous les traitements donnés. Ecrivez le nom/marque de tous les médicaments donnés.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nom/marque)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nom/marque)</p>	<p><b>COMPRIMES OU SIROP</b></p> <p>ANTIBIOTIQUE ..... A</p> <p>ANTIMOTILITE (ANTI-DIARRHEIQUE)... B</p> <p>AUTRE COMPRIME OU SIROP ..... G</p> <p>COMPRIME OU SIROP INCONNU ..... H</p> <p><b>INJECTION</b></p> <p>ANTIBIOTIQUE .....L</p> <p>PAS ANTIBIOTIQUE .....M</p> <p>INJECTION INCONNUE..... N</p> <p>INTRAVEINEUSE (IV) ..... O</p> <p>REMEDE MAISON/ HERBE MEDICINALE.. Q</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>)..... X</p>	
<p><b>CA14.</b> A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (<i>nom</i>) a été malade avec de la fièvre ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>2 ⇒CA16</p> <p>8 ⇒CA16</p>
<p><b>CA15.</b> A n'importe quel moment durant sa maladie, est-ce que (<i>nom</i>) a eu du sang prélevé au bout de son doigt ou au talon pour effectuer un test ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	
<p><b>CA16.</b> A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (<i>nom</i>) a eu une maladie avec de la toux ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	
<p><b>CA17.</b> A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (<i>nom</i>) a eu une respiration rapide et forte ou des difficultés à respirer ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>2 ⇒CA19</p> <p>8 ⇒CA19</p>
<p><b>CA18.</b> La respiration rapide ou les difficultés respiratoires étaient-elles dues à un problème de bronches, ou à un nez bouché ou qui coulait ?</p>	<p><b>PROBLEMES DANS LA POITRINE</b></p> <p>SEULEMENT ..... 1</p> <p>NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ..... 2</p> <p>LES DEUX ..... 3</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>)..... 6</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>1 ⇒CA20</p> <p>2 ⇒CA20</p> <p>3 ⇒CA20</p> <p>6 ⇒CA20</p> <p>8 ⇒CA20</p>
<p><b>CA19.</b> Vérifiez CA14 : est-ce que l'enfant a eu de la fièvre ?</p>	<p>OUI, CA14=1 ..... 1</p> <p>NON OU NSP, CA14=2 OU 8 ..... 2</p>	<p>2 ⇒CA30</p>
<p><b>CA20.</b> Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie quelque part ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>2 ⇒CA22</p> <p>8 ⇒CA22</p>

<p><b>CA21.</b> Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?</p> <p><i>Insistez:</i> Quelque part d'autre ?</p> <p><i>Enregistrez tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</i></p> <p><i>Insistez pour identifier chaque type de fournisseur.</i></p> <p><u><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit et enregistrez temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></u></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nom de l'endroit)</i></p>	<p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b></p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL..... B</p> <p>POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL . C</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE .. D</p> <p>CLINIQUE MOBILE / STRATEGIE AVANCEE .....E</p> <p>CLINIQUE DE PLANNING FAMILIAL .....F</p> <p>CENTRE DE PROMOTION SOCIALE ..... G</p> <p>AUTRE MEDICAL PUBLIC (préciser) _____ H</p> <p><b>SECTEUR MEDICAL PRIVE</b></p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUE .....I</p> <p>MEDECIN PRIVE .....J</p> <p>PHARMACIE PRIVEE ..... K</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL) .....L</p> <p>CLINIQUE MOBILE.....M</p> <p>HOPITAL CONFESIONNEL ..... N</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser) _____ O</p> <p>NSP PUBLIC OU PRIVE..... W</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>FAMILLE / AMIS .....P</p> <p>BOUTIQUE / MARCHE / RUE ..... Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL ..... R</p> <p>VENDEUR DE MEDICAMENTS ITTINERANT .....S</p> <p>AUTRE (préciser) _____ X</p>	
<p><b>CA22.</b> A n'importe quel moment de sa maladie, est-ce que (<b>nom</b>) a reçu un médicament pour cette maladie ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>2 ⇒ CA30</p> <p>8 ⇒ CA30</p>

<p><b>CA23.</b> Quel médicament (<i>nom</i>) a t-il/elle reçu ?</p> <p><i>Insistez :</i> Rien d'autre ?</p> <p><u>Si impossible de déterminer le type de médicament,</u> <i>noter le nom / la marque et enregistrez temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;">(Nom/marque)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(Nom/marque)</p>	<p><b>ANTI-PALUDIQUES</b></p> <p>COMBINAISON THERAPEUTIQUE  A BASE D'ARTEMISININE (CTA)..... A  SP / FANSIDAR ..... B  CHLOROQUINE..... C  AMODIAQUINE..... D  QUININE  EN COMPRIMES .....E  EN INJECTION/ IV .....F  ARTESUNATE  EN SUPPOSITOIRE..... G  AUTRE INJECTION / IV ..... H  AUTRE ANTI-PALUDIQUE  (<i>préciser</i>) ..... K</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b></p> <p>AMOXICILLIN .....L  COTRIMOXAZOLE .....M  AUTRES COMPRIMES OU SIROP  ANTIBIOTIQUE ..... N  AUTRE INJECTION / IV  ANTIBIOTIQUE ..... O</p> <p><b>AUTRE MEDICAMENTS</b></p> <p>PARACETAMOL / PANADOL /  ACETAMINONPHEN..... R  ASPIRINE.....S  IBUPROFEN .....T</p> <p>SEULEMENT NOM DE MARQUE  ENREGISTRÉ ..... W</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>)..... X  NSP .....Z</p>	
<p><b>CA24.</b> Vérifiez CA23 : Antibiotiques mentionnés ?</p>	<p>OUI, ANTIBIOTIQUES MENTIONNES,  CA23=L-O ..... 1  NON, ANTIBIOTIQUES PAS  MENTIONNES..... 2</p>	<p>2 ⇒CA26</p>

<p><b>CA25.</b> Où avez-vous obtenu (<i>nom du médicament de CA23, codes L à O</i>) ?</p> <p><i>Insistez pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si 'l'avait déjà à la maison', insistez pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><i><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit et enregistrez temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></i></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>(Nom de l'endroit)</i></p>	<p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b></p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL ..... B</p> <p>POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL . C</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE .. D</p> <p>CLINIQUE MOBILE / STRATEGIE AVANCEE.....E</p> <p>CLINIQUE DE PLANNING FAMILIAL .....F</p> <p>CENTRE DE PROMOTION SOCIALE ..... G</p> <p>AUTRE MEDICAL PUBLIC (préciser) ..... H</p> <p><b>SECTEUR MEDICAL PRIVE</b></p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUE .....I</p> <p>MEDECIN PRIVE .....J</p> <p>PHARMACIE PRIVEE ..... K</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL).....L</p> <p>CLINIQUE MOBILE.....M</p> <p>HOPITAL CONFESIONNEL ..... N</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser) ..... O</p> <p>NSP PUBLIC OU PRIVE..... W</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>FAMILLE / AMIS .....P</p> <p>BOUTIQUE / MARCHE / RUE ..... Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL ..... R</p> <p>VENDEUR DE MEDICAMENTS ITTINERANT .....S</p> <p>AUTRE (préciser)..... X</p> <p>NSP / NE SE RAPPELLE PAS .....Z</p>	
<p><b>CA26.</b> Vérifiez CA23 : Antipaludéens mentionnés ?</p>	<p>OUI, ANTIPALUDEENS MENTIONNES, CA23=A-K..... 1</p> <p>NON, ANTIPALUDEENS PAS MENTIONNES..... 2</p>	<p>2 ⇒ CA30</p>

<p><b>CA27.</b> Ou avez-vous obtenu (<i>nom du médicament de CA23, codes A à K</i>) ?</p> <p><i>Insistez pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si 'l'avait déjà à la maison', insistez pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit et enregistrez temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b>  HOPITAL GOUVERNEMENTAL ..... A  CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL ..... B  POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL ..... C  AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE .. D  CLINIQUE MOBILE / STRATEGIE AVANCEE .....E  CLINIQUE DE PLANNING FAMILIAL .....F  CENTRE DE PROMOTION SOCIALE ..... G  AUTRE MEDICAL PUBLIC (préciser) _____ H</p> <p><b>SECTEUR MEDICAL PRIVE</b>  HOPITAL PRIVE / CLINIQUE .....I  MEDECIN PRIVE .....J  PHARMACIE PRIVEE ..... K  AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL) .....L  CLINIQUE MOBILE.....M  HOPITAL CONFESIONNEL ..... N  AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser) _____ O</p> <p>NSP PUBLIC OU PRIVE..... W</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b>  FAMILLE / AMIS .....P  BOUTIQUE / MARCHE / RUE ..... Q  PRATICIEN TRADITIONNEL ..... R  VENDEUR DE MEDICAMENTS ITTINERANT .....S  AUTRE (préciser)_____ X  NSP / NE SE RAPPELLE PAS .....Z</p>	
<p><b>CA28.</b> Vérifiez CA23 : Plus qu'un antipaludéen enregistré dans les codes A à K ?</p>	<p>OUI, PLUSIEURS ANTIPALUDEENS MENTIONNES..... 1  NON, SEULEMENT UN ANTIPALUDEEN MENTIONNE..... 2</p>	<p>1 ⇒CA29A  2 ⇒CA29B</p>
<p><b>CA29A.</b> Combien de temps après le début de la fièvre (<i>nom</i>) a-t-il/elle commencé à prendre le premier de (<i>nom de tous les antipaludéens enregistrés à CA23, codes A à K</i>)?</p> <p><b>CA29B.</b> Combien de temps après le début de la fièvre (<i>nom</i>) a-t-il/elle commencé à prendre le (<i>nom de l'antipaludéen enregistré à CA23, codes A à K</i>) ?</p>	<p>MEME JOUR..... 0  JOUR SUIVANT ..... 1  2 JOURS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE ..... 2  3 JOURS OU PLUS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE ..... 3  NSP ..... 8</p>	
<p><b>CA30.</b> Vérifiez UB2 : Age de l'enfant ?</p>	<p>AGE 0, 1 OU 2 ANS..... 1  AGE 3 OU 4 ANS..... 2</p>	<p>2 ⇒Fin</p>

<b>CA31.</b> La dernière fois que ( <i>nom</i> ) a déféqué, qu'est-ce qui a été fait pour se débarrasser des selles ?	ENFANT A UTILISE LES TOILETTES / LATRINES ..... 01 MIS/JETE DANS LES TOILETTES / LATRINES ..... 02 MIS / JETE DANS LA FOSSE OU RIGOLE . 03 JETE DANS LES ORDURES (DECHETS SOLIDES)..... 04 ENTERRE..... 05 LAISSE A L'AIR LIBRE ..... 06  AUTRE ( <i>préciser</i> )..... 96 NSP ..... 98	
<b>UF11.</b> Enregistrez l'heure.	HEURES ET MINUTES ..... : ..	
<b>UF12.</b> Langue du questionnaire.	FRANCAIS ..... 1	
<b>UF13.</b> Langue de l'entretien.	FRANCAIS ..... 1 ADJAGBE ET APPARENTES..... 2 FONGBE ET APPARENTES ..... 3 BATONUM ET APPARENTES ..... 4 DENDI ET APPARENTES ..... 5 YOA ET LOKPA ET APPARENTES ..... 6 PEULH OU PEUL ..... 7 GUA OU OTAMARI ET APPARENTES ..... 8 EDE YORUBA ET APPARENTES ..... 9 AUTRES LANGUES DU BÉNIN ..... 16 LANGUES D'AFRIQUE ..... 26 AUTRE LANGUE ( <i>préciser</i> ) ..... 96	
<b>UF14.</b> Langue maternelle du/de le/la répondant(e).	FRANCAIS ..... 1 ADJAGBE ET APPARENTES..... 2 FONGBE ET APPARENTES ..... 3 BATONUM ET APPARENTES ..... 4 DENDI ET APPARENTES ..... 5 YOA ET LOKPA ET APPARENTES ..... 6 PEULH OU PEUL ..... 7 GUA OU OTAMARI ET APPARENTES ..... 8 EDE YORUBA ET APPARENTES ..... 9 AUTRES LANGUES DU BÉNIN ..... 16 LANGUES D'AFRIQUE ..... 26 AUTRE LANGUE ( <i>préciser</i> ) ..... 96	
<b>UF15.</b> Est-ce qu'un traducteur a été utilisé pour n'importe quelle partie de ce questionnaire ?	OUI, QUESTIONNAIRE ENTIER..... 1 OUI, PARTIES DU QUESTIONNAIRE ..... 2 NON, PAS UTILISE ..... 3	

## CONSENTEMENT MICS PLUS

<b>UF15A.</b> Vérifiez le numéro de ligne du répondant (UF4) dans le PANNEAU D'INFORMATION DES MOINS DE CINQ et les répondants au QUESTIONNAIRE MÉNAGE (HH47), QUESTIONNAIRE FEMME (WM3), QUESTIONNAIRE HOMME (MWM3) ou QUESTIONNAIRE 5-17 (FS4) interviewé pour l'un des autres questionnaires?	OUI, LE RÉPONDANT EST LE MÊME, UF4=HH47 OU UF4=WM3 OU UF4=MWM3 OU UF4=FS4 ..... 1  NON, LE RÉPONDANT N'EST PAS LE MÊME, UF4≠HH47 ET UF4≠WM3 ET UF4≠MWM3 ET UF4≠FS4 ..... 2	1 ⇨ UF16
<b>UF15B.</b> Vérifiez HC7 [A] et HC12: Ce ménage dispose-t-il d'une ligne téléphonique fixe ou est-ce qu'un membre du ménage possède un téléphone portable?	OUI, HC7[A]=1 OU HC12=1 ..... 1  NON, HC7[A]=2 ET HC12=2 ..... 2	2 ⇨ UF16
<b>UF15C.</b> Merci pour votre participation.  L'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) mènera une enquête téléphonique sur la situation des enfants, des familles et des ménages à l'avenir. Nous aimerions vous inviter à participer à cette enquête. Si vous acceptez de participer, nous vous demanderons de partager un numéro de téléphone sur lequel nous pourrions vous joindre à des moments opportuns pour vous contacter. L'entretien téléphonique prendra environ quelques minutes, et nous pourrions vous appeler plusieurs fois sur une période de quelques mois. La participation à cette enquête téléphonique est volontaire, et même si vous acceptez de participer maintenant, vous pouvez décider de vous retirer de la participation à l'avenir. Il n'y aura aucun frais pour vous pour participer à l'enquête téléphonique. Sachez que toutes les informations que vous partagerez lors de futurs entretiens téléphoniques resteront strictement confidentielles et que votre numéro de téléphone ne sera partagé avec personne en dehors de notre équipe. Voulez-vous participer?		
OUI ..... 1 NON ..... 2		2 ⇨ UF16

<b>UF15D.</b> Avez-vous un numéro de téléphone personnel ou votre ménage a-t-il un numéro commun où vous pouvez être joint?	OUI ..... 1 NON ..... 2	2 ⇨ UF16
<b>UF15E.</b> Vous pouvez partager le numéro commun de votre foyer, mais s'il vous plaît, ne partagez aucun numéro de téléphone personnel appartenant à des membres individuels de votre foyer. S'il vous plaît, dites-moi quel est le meilleur numéro de téléphone pour vous contacter.		

	[P1] NUMÉRO PRINCIPAL	[P2] 2 <sup>EME</sup> NUMERO	[P3] 3 <sup>EME</sup> NUMERO
<b>UF15F.</b> Demandez et enregistrez le numéro de téléphone..	-----	-----	-----
<b>UF15G.</b> Juste pour confirmer, le numéro est ( <i>nombre de UF15F</i> )?  <i>Si non, retournez à WM15F et corrigez l'entrée.</i>	OUI..... 1 NON ..... 2⇨ <i>UF15F</i>	OUI ..... 1 NON..... 2⇨ <i>UF15F</i>	OUI ..... 1 NON..... 2⇨ <i>UF15F</i>
<b>UF15H.</b> S'agit-il d'une ligne fixe ou d'un numéro de téléphone mobile?	LIGNE FIXE ..... 1 MOBILE ..... 2	LIGNE FIXE ..... 1 MOBILE ..... 2	LIGNE FIXE ..... 1 MOBILE ..... 2

<p><b>UF15I.</b> Quel est le meilleur jour de la semaine et l'heure de la journée pour vous appeler sur ce numéro?</p> <p>Insistez: Un autre jour ou heure?</p> <p><i>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</i></p>	<p><b>EN SEMAINE</b>  MATINEE..... A  APRES MIDI .....B  SOIREE.....C  AUTRE  <i>(préciser) _____ D</i></p> <p><b>WEEKEND</b>  MATIN.....E  APRES MIDI .....F  SOIREE.....G  AUTRE  <i>(préciser) _____ H</i></p> <p><b>AUTRE</b>  <i>(PRECISER) _____ X</i></p>	<p><b>EN SEMAINE</b>  MATINEE.....A  APRES MIDI.....B  SOIREE.....C  AUTRE  <i>(préciser) _____D</i></p> <p><b>WEEKEND</b>  MATIN ..... E  APRES MIDI ..... F  SOIREE.....G  AUTRE  <i>(préciser) _____H</i></p> <p><b>AUTRE</b>  <i>(PRECISER) .....X</i></p>	<p><b>EN SEMAINE</b>  MATINEE .....A  APRES MIDI.....B  SOIREE ..... C  AUTRE  <i>(préciser) _____ D</i></p> <p><b>WEEKEND</b>  MATIN ..... E  APRES MIDI .....F  SOIREE ..... G  AUTRE  <i>(préciser) _____ H</i></p> <p><b>AUTRE</b>  <i>(préciser)..... X</i></p>
<p><b>UF15J.</b> N'oubliez pas que vous pouvez partager le numéro commun de votre foyer, mais s'il vous plaît, ne partagez aucun numéro de téléphone personnel appartenant à des membres individuels de votre foyer. Avez-vous un autre numéro de téléphone personnel ou commun où vous pouvez être joint?</p>	<p>OUI..... 1 ☒  <i>[P2]</i></p> <p>NON ..... 2 ☒  <i>UF16</i></p>	<p>OUI ..... 1 ☒  <i>[P3]</i></p> <p>NON..... 2 ☒  <i>UF16</i></p>	<p>OUI .....1 ☒  <i>[P4]</i></p> <p>NON.....2 ☒  <i>UF16</i></p>
			<p><i>Cochez ici si questionnaire supplémentaire utilisé: ..... ☐</i></p>

**UF16.** Dire au/à la répondant(e) que vous devez mesurer et peser l'enfant avant de partir du ménage et qu'un(e) collègue viendra s'en occuper avec vous. Préparer la FICHE DU MODULE ANTHROPOMETRIE pour cet enfant et compléter le panneau d'information sur cette fiche.

Vérifiez les colonnes HL10 et HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE : Est-ce que le/la répondante est la mère/gardien(ne) d'un autre enfant de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?

- Oui ⇒ Allez à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis allez au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS à administrer à le/la même répondant(e).
- Non ⇒ Vérifiez HL6 et colonne HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE : Est-ce que le/la répondant(e) est la mère/gardien(ne) d'un enfant de 5-17 ans sélectionné pour le Questionnaire Enfant de 5-17 ans dans ce ménage ?
  - OUI ⇒ Allez à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrez '01'. Puis allez au QUESTIONNAIRE ENFANT DE 5-17 ANS à administrer à le/la même répondante.
  - NON ⇒ Allez à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrez '01'. Puis finir l'interview avec ce/cette répondant(e) en le/la remerciant pour sa coopération. Vérifiez s'il y a d'autres questionnaires à administrer dans ce ménage.

**OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE**

**OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE**

PANNEAU D'INFORMATION MODULE ANTHROPOMETRIE		AN
AN1. Numéro de grappe : _____	AN2. Numéro du ménage : _____	
AN3. Nom et numéro de ligne de l'enfant : NOM _____	AN4. Age de l'enfant à UB2 : AGE (EN ANNEES REVOLUES)..... _____	
AN5. Nom et numéro de ligne de la mère / gardien(ne) : NOM _____	AN6. Nom et numéro de l'enquêtrice : NOM _____	

ANTHROPOMETRIE		
AN7. Nom et numéro du mesureur :	NOM _____	
AN8. Enregistrez le résultat de la mesure du poids tel que lu à haute voix par le mesureur :  <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>	KILOGRAMMES (KG)..... _____, _____  ENFANT PAS PRESENT ..... 99.3 ENFANT REFUS..... 99.4 REPONDANTE REFUSE ..... 99.5  AUTRE (préciser) _____ 99.6	99.3 ⇨ AN13 99.4 ⇨ AN10 99.5 ⇨ AN10 99.6 ⇨ AN10
AN9. Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum ?	OUI ..... 1 NON, L'ENFANT N'A PAS PU ETRE DESHABILLE AU MINIMUM..... 2	
AN10. Vérifiez AN4 : Age de l'enfant ?	0 OU 1 AN ..... 1 2, 3 OU 4 ANS ..... 2	1 ⇨ AN11A 2 ⇨ AN11B
AN11A. L'enfant a moins de 2 ans et doit être mesuré couché. Enregistrez le résultat de la mesure de la longueur tel que lu à haute voix par le mesureur :  <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>	LONGUEUR / TAILLE (CM) ..... _____, _____  ENFANT REFUSE ..... 999.4 REPONDANTE REFUSE ..... 999.5  AUTRE (préciser) _____ 999.6	999.4 ⇨ AN13 999.5 ⇨ AN13 999.6 ⇨ AN13
AN11B. L'enfant a au moins 2 ans et doit être mesuré debout. Enregistrer le résultat de la mesure de la taille tel que lu à haute voix par le mesureur :  <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>		
AN12. Comment est-ce que l'enfant a été mesuré ? Couché ou debout ?	COUCHE ..... 1 DEBOUT ..... 2	
AN13. Date d'aujourd'hui : Jour/ Mois / Année : _____ / _____ / <u>2 0 2 1</u>		
AN14. Est-ce qu'il y a un autre enfant de moins de 5 ans dans ce ménage qui n'a pas encore été mesuré ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	1 ⇨ Enfant suivant
AN15. Remerciez la répondante pour sa coopération et informer votre chef d'équipe que le mesureur et vous, avez fini toutes les mesures de ce ménage.		

**OBSERVATIONS DE L'ENQUETRIX SUR LE MODULE ANTHROPOMETRIE**

**OBSERVATIONS DU MESUREUR SUR LE MODULE ANTHROPOMETRIE**

**OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE SUR LE MODULE ANTHROPOMETRIE**