

QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS FRANÇAIS

CADRE D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS		UF
<p><i>Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir colonne HL9 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir colonne HL6 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).</i></p> <p>Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible.</p>		
UF1. Numéro de grappe : _____	UF2. Numéro de ménage : _____	
UF3. Nom de l'enfant : Nom _____	UF4. Numéro de ligne de l'enfant : _____	
UF5. Nom de la mère / gardienne : Nom _____	UF6. Numéro de ligne de la mère / gardienne : _____	
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / _____	

Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée :

NOUS NOUS SOMMES DES AGENTS DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (*nom*). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS REÇUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DU CADRE DU PROJET.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

Oui, permission accordée Allez à UF12 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview.

Non, permission non accordée Complétez UF9. Discutez ce résultat avec votre chef d'équipe.

UF9. Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans : Les codes font référence à la mère/gardienne.	Rempli..... 1 Pas à la maison 2 Refusé..... 3 Partiellement rempli 4 Incapacité..... 5 Autre (<i>préciser</i>) 6
--	---

UF10. Contrôlé sur le terrain par (Nom et code) : Nom _____	UF11. Agent de saisie (Nom et code) : Nom _____
--	--

UF12. Enregistrez l'heure.	Heure et minutes : ..	
----------------------------	-----------------------------	--

AGE		AG
<p>AG1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE DE (<i>nom</i>).</p> <p>EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (<i>nom</i>) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insistez:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p>Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrivez également le jour ; autrement, encercler 98 pour NSP jour</p> <p>Le mois et l'année doivent être enregistrés.</p>	<p>Date de naissance</p> <p>Jour : ..</p> <p>NSP Jour..... 98</p> <p>Mois..... : ..</p> <p>Année..... : ..</p>	
<p>AG2. QUEL AGE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insistez :</i> QUEL AGE AVAIT (<i>nom</i>) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</p> <p><i>Enregistrez l'âge en années révolues.</i></p> <p><i>Si moins de 1 an, enregistrez '0'.</i></p> <p><i>Comparez et corrigez AG1 et/ou AG2 si incohérentes.</i></p>	<p>Âge (en années révolues)..... : ..</p>	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
BR1. (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE UN ACTE DE NAISSANCE ? <i>Si oui, demandez PUIS-JE LE VOIR ?</i> <i>Si acte vu, relever la date de delivrance</i>	Oui, vu 1 Date délivrance .. ____ ____ ____ Oui, non vu 2 Non 3 NSP 8	1 Module Suivant 2 Module Suivant
BR2. LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 BR3 3 BR3
BR2A. DANS QUELS DELAIS APRES SA NAISSANCE (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ETE ENREGISTREE / DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?	Moins de 90 jours 1 Plus de 90 jours 2 NSP 8	Toutes réponses Module Suivant
BR3. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT ?	Oui 1 Non 2	2 Module Suivant
BR4. POURQUOI LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>) N'A-T- ELLE PAS ETE ENREGISTREE/DECLAREE ?	Coûte trop cher 1 C'est trop loin 2 Ne savait pas qu'elle devait être enregistrée 3 Ne voulait pas payer les frais 4 Ne sait pas où l'enregistrer 5 Autre (précisez) 6 NSP 8	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		EC
<p>EC1. COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (<i>nom</i>) ?</p>	<p>Aucun00</p> <p>Nombre de livres d'enfant0__</p> <p>Dix livres ou plus10</p>	
<p>EC2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (<i>nom</i>) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON.</p> <p>EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC :</p> <p>[A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ?</p> <p>[B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ?</p> <p>[C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES CUVETTES OU CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ?</p> <p><i>Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insistez pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.</i></p>	<p>O N NSP</p> <p>Jouets fabriqué à la maison1 2 8</p> <p>Jouets de magasin1 2 8</p> <p>Objets du ménage ou objets du dehors1 2 8</p>	
<p>EC3. 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.</p> <p>AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE, COMBIEN DE JOURS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ETE:</p> <p>[A] LAISSE SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p>[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 ?</p> <p>Si 'jamais, 'inscrivez '00'. Si 'Ne sait pas', inscrivez '98'</p>	<p>Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure__ __</p> <p>Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure__ __</p>	
<p>EC4. Vérifiez AG2 : Âge de l'enfant</p> <p><i>Enfant de 3 ou 4 ans Continuez avec EC5</i></p> <p><i>Enfant de 0, 1 ou 2 ans Allez au Module suivant</i></p>		
<p>EC5. (<i>Nom</i>) SUIE-IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'ÉVEIL, COMME UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>	<p>2 EC7</p> <p>8 EC7</p>
<p>EC6. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (<i>nom</i>) A-T-IL FREQUENTE CET ENDROIT ?</p>	<p>Nombre d'heures__ __</p>	

<p>EC7. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE PLUS DE 15 ANS, PARTICIPE AVEC (<i>nom</i>) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>Si oui, demandez:</i> QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Encerclez tout ce qui est mentionné.</i></p> <p>[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRES AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[B] RACONTER DES HISTOIRES A (<i>nom</i>) ?</p> <p>[C] CHANTER DES CHANSONS A (<i>nom</i>) OU AVEC (<i>nom</i>), Y COMPRIS DES BERCEUSES ?</p> <p>[D] EMMENER (<i>nom</i>) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ?</p> <p>[E] JOUER AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[F] PASSER DU TEMPS AVEC (<i>nom</i>) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER ?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Mère</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Père</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Autre</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Person- son- ne</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lire des livres A</td> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> <tr> <td>Raconter des histoires A</td> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> <tr> <td>Chanter des chansons A</td> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> <tr> <td>Promener A</td> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> <tr> <td>Jouer A</td> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> <tr> <td>Passer du temps A</td> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> </tbody> </table>		Mère	Père	Autre	Person- son- ne	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	Passer du temps A		B	X	Y	
	Mère	Père	Autre	Person- son- ne																																	
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																																	
Passer du temps A		B	X	Y																																	
<p>EC8. 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.</p> <p>EST-CE QUE (<i>nom</i>) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>																																				
<p>EC9. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>																																				
<p>EC10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10 ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>																																				
<p>EC11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>																																				
<p>EC12. EST-CE QU'IL ARRIVE PARFOIS QUE (<i>nom</i>) SOIT TROP MALADE POUR JOUER ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>																																				

EC13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS POUR FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC14. QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (<i>nom</i>), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST FACILEMENT DISTRAIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

MEBENDAZOLE		MB
MB1. (Nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UN COMPRIME DE MEBENDAZOLE COMME CELUI-CI ? Montrez le comprimé 500 mg pour les enfants de 12-59 mois .	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2 Module suivant 8 Module suivant
MB2. CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (nom) A PRIS LE DERNIER COMPRIME ?	Il y a ... mois..... ____ NSP 98	
MB3. EST-CE QUE LE DERNIER COMPRIME A ETE ADMINISTRE A (nom) AU COURS D'UNE VISITE DE ROUTINE DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE, AU COURS D'UNE VISITE POUR MALADIE DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE OU AU COURS D'UNE JOURNEE/CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION/SUPPLEMENTATION/DEPARASITAGE AU MEBENDAZOLE ?	Visite de routine dans établissement de santé 1 Visite pour maladie de l'enfant dans établissement de santé 2 Journée/campagne nationale de vaccination/suppl/deparasitage..... 3 Autre (précisez)..... 6 NSP 8	

ALLAITEMENT		BF
BF1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A ETE ALLAITE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 BF3 8 BF3
BF2. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST ENCORE ALLAITE?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF3. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER QUELS LIQUIDES (<i>nom</i>) A REÇU HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT. JE CHERCHE A SAVOIR SI (<i>nom</i>) A REÇU CE LIQUIDE MEME S'IL ETAIT MELANGE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DE L'EAU HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF4. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE (lait maternisé) PRECISER HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 BF6 8 BF6
BF5. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A T-IL BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE ?	Nombre de fois _ _	
BF6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DU LAIT TEL QUE DU LAIT EN BOITE, EN Poudre OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 BF8 8 BF8
BF7. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A T-IL BU DU LAIT EN BOITE, EN Poudre OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?	Nombre de fois _ _	
BF8. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DES JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF9. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DE LA SOUPE (POTAGE) HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DES SUPPLEMENTS VITAMINIQUES OU MINERAUX OU DES MEDICAMENTS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF11A. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DU THE /INFUSION, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

BF12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU D'AUTRES LIQUIDES HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 BF15 8 BF15
BF14. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A T-IL BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois _ _	
BF15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE DE LA BOUILLIE LEGERE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 BF18 8 BF18
BF17. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois _ _	
BF18. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

<p>CA6. QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHEE?</p> <p><i>Insistez :</i> RIEN D'AUTRE ?</p> <p><i>Enregistrez tous les traitements donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Comprimé ou Sirop</p> <p>Antibiotique..... A</p> <p>Antimotilité B</p> <p>Zinc..... C</p> <p>Autre (pas antibiotique, antimotilité ou zinc)..... G</p> <p>Comprimé ou sirop inconnu H</p> <p>Injection</p> <p>Antibiotique..... L</p> <p>Non-antibiotique M</p> <p>Injection inconnue N</p> <p>Intraveineuse O</p> <p>Remède maison/ herbes médicinales Q</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) X</p>	
<p>CA7. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (<i>nom</i>) A ETE MALADE AVEC DE LA TOUX ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 CA14</p> <p>8 CA14</p>
<p>CA8. QUAND (<i>nom</i>) 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 ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 CA14</p> <p>8 CA14</p>
<p>CA9. LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES (POITRINE), OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?</p>	<p>Problème de bronches 1</p> <p>Nez bouché ou qui coulait..... 2</p> <p>Les deux..... 3</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) 6</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 CA14</p> <p>6 CA14</p>
<p>CA10. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE A L'EXTERIEUR DE LA MAISON ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 CA12</p> <p>8 CA12</p>
<p>CA11. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</p> <p><i>Insistez :</i> NULLE PART AILLEURS ?</p> <p><i>Encerclez tous les endroits mentionnés, Mais ne suggérez PAS de réponse.</i></p> <p><i>Insistez pour identifiez chaque type d'endroit.</i></p> <p><i>Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital de l'Etat A</p> <p>Centre de santé de l'Etat..... B</p> <p>Poste de santé de l'Etat C</p> <p>Agent de santé communautaire D</p> <p>Clinique mobile/communautaire..... E</p> <p>Autre public (<i>précisez</i>)..... H</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé I</p> <p>Médecin privé J</p> <p>Pharmacie privée K</p> <p>Clinique mobile L</p> <p>Autre médical privé (<i>précisez</i>)..... O</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) P</p> <p>Boutique Q</p> <p>Praticien traditionnel R</p> <p>Eglises S</p> <p>Autre (<i>précisez</i>)..... X</p>	
<p>CA12. EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 CA14</p> <p>8 CA14</p>

<p>CA13. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insistez :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</p> <p>Encerclez tous les médicaments donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Antibiotique Comprimé / Sirop A Injection B</p> <p>Antipaludéens..... M</p> <p>Paracétamol/Panadol/Acétaminophène.... P Aspirine Q Ibuprofen R</p> <p style="text-align: right;">Autre (<i>précisez</i>) X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>CA14. Vérifiez AG2 : enfant de moins de 3 ans ?</p> <p>Oui. Continuez avec CA15</p> <p>Non. Allez au module suivant</p>		
<p>CA15. LA DERNIERE FOIS QUE (<i>nom</i>) EST ALLE AUX TOILETTES, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?</p>	<p>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 Lissé à l'air libre..... 06</p> <p style="text-align: right;">Autre (<i>précisez</i>) 96</p> <p>NSP 98</p>	

PALUDISME		ML
ML1. AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A ETE MALADE AVEC DE LA FIEVRE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2M module suivant 8Module suivant
ML2. À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA MALADIE, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU DU SANG PRELEVE AU BOUT DE SON DOIGT OU AU TALON POUR EFFECTUER UN TEST ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
ML3. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT QUELQUE PART OU AUPRES DE QUELQU'UN POUR LA MALADIE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ML8 8 ML8
ML4. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A ETE EMMENE DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE DURANT SA MALADIE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ML8 8 ML8
ML5. EST-CE QUE L'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME DANS CET ETABLISSEMENT DE SANTE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ML7 8 ML7
ML6. QUEL MEDICAMENT A-T- ON DONNE A (<i>nom</i>) ? <i>Insistez :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? <i>Encercler tous les médicaments mentionnés. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments.</i> _____ (Nom des médicaments)	<i>Antipaludéens:</i> SP (*).....A Chloroquine.....B Amodiaquine/Camoquin/ Flavoquine.....C Quinine.....D Combinaison avec Artémisinine(**)E Antipaludique/site de soins à base communautaireF Autre antipaludique (précisez) _____ H <i>Antibiotiques</i> Comprimés / SiropI Injection.....J <i>Autres médicaments:</i> Paracétamol/ Panadol /Acétaminophen . P AspirineQ IbuprofenR Autre (précisez) _____X NSP.....Z	
ML7. EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	1 ML9 2 ML10 8 ML10
ML8. EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AU COURS DE CETTE MALADIE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ML10 8 ML10

(*) SP = Falcidox, Malariadexin, Fansidar, Paludose, etc.

(**)Combinaison avec Artémisinine = Serenadose, Luther, Coartem, Co-arinate, Co-arsucam, Artemod, Arsumoon, etc.

<p>ML9. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insistez : AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</i></p> <p><i>Encerclez tous les médicaments mentionnés. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nom des médicaments</i>) .</p>	<p><i>Antipaludéens:</i></p> <p>SP (*)..... A</p> <p>Chloroquine B</p> <p>Amodiaquine/Camoquin/Flavoquine C</p> <p>Quinine D</p> <p>Combinaison avec Artémisinine(**)..... E</p> <p>Antipaludique/site de soins à base communautaire F</p> <p>Autre antipaludique (<i>précisez</i>) _____ H</p> <p><i>Antibiotiques</i></p> <p>Comprimés / Sirop..... I</p> <p>Injection J</p> <p><i>Autres médicaments:</i></p> <p>Paracétamol/ Panadol /Acétaminophen . P</p> <p>Aspirine..... Q</p> <p>Ibuprofen R</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) _____ X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>ML10. Vérifiez ML6 et ML9: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)?</p> <p><i>Oui. Continuez avec ML11</i></p> <p><i>Non. Allez au module suivant</i></p>		
<p>ML11. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE AIT COMMENCE, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (<i>nom de l'antipaludéen déclaré à ML6 ou ML9</i>)?</p> <p><i>Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à ML6 ou ML9, donnez le nom de tous les antipaludéens mentionnés</i></p> <p><i>Enregistrez combien de temps après le début de la fièvre le premier antipaludéen a été donné.</i></p>	<p>Même jour 0</p> <p>Jour suivant 1</p> <p>2 jours après début de la fièvre 2</p> <p>3 jours après début de la fièvre 3</p> <p>4 jours ou plus après début de la fièvre 4</p> <p>NSP 8</p>	

(*) SP = Falcidox, Malariadexin, Fansidar, Paludose, etc.

(**)Combinaison avec Artémisinine = Serenadose, Luther, Coartem, Co-arinate, Co-arsucam, Artemod, Arsumoon, etc.

IM6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU DES VACCINS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 IM18 8 IM18
IM7. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE A L’AVANT BRAS GAUCHE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
IM8. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE DES MALADIES - C’EST-A-DIRE LA POLIO ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 IM11 8 IM11
IM9. EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE DU VACCIN CONTRE LA POLIO A ETE DONNEE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE OU PLUS TARD ?	Dans les 2 premières semaines 1 Plus tard 2	
IM10. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois __	
IM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU « LE VACCIN DTCoQ » – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE ? <i>Insistez en précisant que le vaccin du DTCoq est parfois donné en même temps que la polio</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 IM13 8 IM13
IM12. COMBIEN DE FOIS A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) LE VACCIN DTCoQ ?	Nombre de fois __	
IM13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN CONTRE L’HEPATITE B – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER L’HEPATITE B <i>Insistez en précisant que le vaccin contre l’hépatite B est parfois donné en même temps que les vaccins de la polio et du DTCoq</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 IM16 8 IM16
IM14. EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE D’HEPATITE B A ETE DONNEE DANS LES 24 H APRES LA NAISSANCE OU PLUS TARD ?	Dans les 24 h après naissance 1 Plus tard 2	
IM15. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE L’HEPATITE B A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois __	
IM16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU LE « VACCIN CONTRE LA ROUGEOLE » OU VAR - C’EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS GAUCHE A L’AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
IM17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIEVRE JAUNE - C’EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS DROIT A L’AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? <i>Insistez 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	

<p>IM18. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE DOSE DE VITAMINE A, DOSE COMME CELA DANS LES 6 DERNIERS MOIS ?</p> <p><i>Montrez les types d'ampoules/ capsule / sirops les plus communs</i></p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>IM19. Enregistrez la date de la prise de Vitamine A la plus récente telle que vue sur le carnet de vaccination</p> <p><i>Ecrivez '44' pour jour si le carnet montre qu'une dose de Vit A a été donnée mais que la date n'a pas été enregistrée ; laissez le mois et l'année en blanc.</i></p>	<p>Jour..... __ __</p> <p>Mois __ __</p> <p>Année __ __ __ __</p> <p>Pas de mention de Vitamine A portée sur le carnet 99999994</p> <p>Pas de carnet /carnet pas vu 99999995</p>	
<p>IM20. Dites-moi, s'il vous plaît, si (<i>nom</i>) a participé à l'une des campagnes ou journées nationales de vaccination suivantes et/ou à l'une des journées de vitamine A suivantes ou à l'une des journées de la santé de l'enfant suivantes:</p> <p>[A] 16-22 novembre 2008, AVS/TMN, VAT (Kasai Oriental, Kasai Occidental, Katanga, Bandundu, Sud Kivu, Maniema)</p> <p>[B] 20-29 novembre 2008, Campagne Nationale, Vitamine A</p> <p>[C] 25-29 novembre 2008, Campagne Intégrée Rougeole, Polio, MII (Equateur, Orientale)</p> <p>[D] Avril, Mai 2009, AVS/Polio, VPO (Equateur, Orientale)</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Campagne A 1 2 8</p> <p>Campagne B 1 2 8</p> <p>Campagne C 1 2 8</p> <p>Campagne D 1 2 8</p>	

<p>UF13. Enregistrez l'heure.</p>	<p>Heure et minutes __ __ : __ __</p>	
-----------------------------------	---	--

UF14. Est-ce que l'enquêté(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d'un autre enfant âgé de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?

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

Non. Terminez l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et dites-lui que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant

Vérifiez s'il y a une autre femme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui vous devrez administrer un questionnaire dans ce ménage.

Commencez un nouveau questionnaire femme ou enfant de moins de 5 ans ou organisez-vous pour les mesures anthropométriques de tous les enfants éligibles de ce ménage.

ANTHROPOMÉTRIE
AN

Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant.

Enregistrez ci-dessous le poids et la taille en position allongée ou en position debout, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifiez le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement 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/allongée et du poids	Une ou les deux mesures 1 Enfant non présent 2 Enfant ou gardienne a refusé 3 <p style="text-align: right;">Autre (précisez) 6</p>	2 AN6 3 AN6 6 AN6
AN3. Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg) Poids non mesuré 99.9	
AN4. Taille de l'enfant en position debout ou allongée Vérifiez l'âge de l'enfant à AG2 : Enfant de moins de 2 ans. Mesurez la taille (position allongée). Enfant de 2 ans ou plus. Mesurez la taille (position debout).	Taille (cm) Position allongée 1 Taille (cm) Position debout 2 Taille allongée/debout non mesurée .. 9999.9	
AN5. Œdème	Vérifié : Œdème présent 1 Œdème non présent 2 Pas sûr 3 Non vérifié (précisez la raison) 7	

AN6. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?

Oui. Enregistrez les mesures pour l'enfant suivant.

Non. Terminez l'interview avec ce ménage en remerciant tous les participants pour leur coopération.

Rassemblez tous vos questionnaires pour ce ménage et vérifiez que tous les numéros d'identification sont insérés à chaque page. Notez dans le panneau d'information sur le ménage le nombre d'interviews complétées.