

E.4. QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

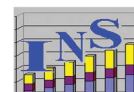
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE



QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

MICS-PALU RDC 2017-2018



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 Code de l'enquêteur : Nom _____	UF6. Nom et Code du chef d'équipe : Nom _____	
UF7. Jour/ Mois / Année de l'entretien: _____ / _____ / 201_____	UF8. Enregistrer l'heure de début de l'entretien : _____ : _____	HEURES : Minutes _____ : _____

<p>Vérifier l'âge du/de la répondant(e) à HL6 dans la ListE des Membres du Ménage, Questionnaire Ménage: Si l'âge est 15-17 ans, vérifier que le consentement d'un adulte pour l'entretien a été obtenu (HH33 ou HH39) ou pas nécessaire (HL20=90). Si le consentement est nécessaire mais pas obtenu, l'entretien ne doit pas commencer et '06' doit être encerclé à UF17. Le/la répondant(e) doit avoir au moins 15 ans.</p>		
UF9. Vérifier les questionnaires complétés dans ce ménage : Un des membres de votre équipe a-t-il déjà interviewé ce répondant sur un autre questionnaire ?	OUI, DEJA INTERVIEWE1 NON, PREMIERE INTERVIEW2	1⇒ UF10B 2⇒ UF10A
<p>UF10A. Bonjour, je m'appelle (votre Nom). Nous sommes de l'Institut National de la Statistique. Nous menons une étude sur la situation des enfants, des familles et des ménages. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de (Nom de l'Enfant à UF3). Cet entretien prend habituellement 30 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 ?</p> <p>OUI, permission donnée..... 1 NON, permission pas donnée2</p>	<p>UF10B. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de (Nom de l'Enfant à UF3). Cet entretien prend habituellement 30 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 ?</p> <p>1⇒ Module caractéristiques de l'enfant 2⇒ UF17</p>	

<p>UF17. Résultat de l'interview de l'enfant de moins de 5 ans</p> <p>Les Codes réfèrent à la mère/gardien(ne). Discuter tous les résultats non complets avec votre superviseur.</p>	COMPLETE01 PAS À LA MAISON02 REFUSE03 PARTIELLEMENT COMPLETE04 EN INCAPACITE (<i>préciser</i>).....05 PAS DE CONSENTEMENT D'UN ADULTE POUR CETTE REpondante ÂGEE DE 15-17 ANS06 AUTRE (<i>préciser</i>) _____ 96
--	---

CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS
UB

<p>UB0. Avant que je ne commence l'entretien, pourriez-vous apporter, SVP, le <i>certificat de naissance de (nom)</i>, sa <i>carte/carnet de vaccination</i> ou toute autre <i>carte où des vaccinations sont inscrites</i> ? Nous aurons besoin de nous référer à ces documents</p>		
<p>UB1. En quel jour, quel mois et quelle année (nom) est-il/elle né(e)?</p> <p><i>Insister:</i> Quand est son anniversaire</p> <p>Si la mère/gardien(ne) connaît la date de naissance exacte, enregistrer aussi le jour de naissance ; sinon, encrer '98' pour jour.</p> <p>Les Mois et Année <u>doivent</u> être enregistrés.</p>	<p>DATE DE NAISSANCE JOUR _ _</p> <p>NSP JOUR98</p> <p>MOIS _ _</p> <p>ANNÉE..... 2 0 1 _</p>	
<p>UB2. <i>Quel âge a (nom) ?</i></p> <p><i>Insister :</i> Quel âge a eu (nom) à son dernier anniversaire ?</p> <p>Enregistrer l'âge en années révolues.</p> <p>Enregistrer '0' si moins d'un an.</p> <p>Si les réponses à UB1 et UB2 sont incohérentes, insister et corriger.</p>	<p>AGE (EN ANNÉES REVOLUES) _</p>	
<p>UB3. Vérifier UB2 : âge de l'enfant ?</p>	<p>0, 1, OU 2 ANS1 3 OU 4 ANS2</p>	<p>1⇒UB9</p>
<p>UB4. Vérifier le numéro de ligne du/de la répondant(e) (UF4) et celui du/de la répondant(e) au QUESTIONNAIRE MÉNAGE (HH47):</p>	<p>RÉPONDANTE EST LA MEME, UF4=HH47 1 RÉPONDANTE N'EST PAS LA MEME UF4≠HH472</p>	<p>2⇒UB6</p>
<p>UB5. Vérifier ED10 dans IE MODULE EDUCATION DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE: est-ce que l'enfant fréquente un programme d'éducation préscolaire pendant l'année scolaire actuelle ?</p>	<p>OUI, ED10=01 NON, ED10≠0 OU VIDE2</p>	<p>1⇒UB8B 2⇒UB9</p>
<p>UB6. Est-ce que (nom) a déjà fréquenté un programme d'éducation préscolaire ?</p>	<p>OUI1 NON.....2</p>	<p>2⇒UB9</p>
<p>UB7. A n'importe quel moment depuis Septembre, a-t-il/elle assisté à (programmes mentionnés à UB6)?</p>	<p>OUI1 NON.....2</p>	<p>1⇒UB8A 2⇒UB9</p>
<p>UB8A. Est-ce qu'il/elle fréquente actuellement un(programme mentionné à UB6)?</p> <p>UB8B. Vous avez mentionné que (nom) a fréquenté un programme d'éducation préscolaire cette année scolaire. Est-ce qu'il/elle participe actuellement à ce programme?</p>	<p>OUI1 NON.....2</p>	
<p>UB9. Est-ce que (nom) est couvert(e) par une assurance santé?</p>	<p>OUI1 NON.....2</p>	<p>2⇒Module suivant</p>
<p>UB10. Par quel type d'assurance santé (nom) est-il/elle couvert(e) ?</p> <p><i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i></p>	<p>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</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) X</p>	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES

BR

<p>BR1. Est-ce que (nom) a un Acte de naissance ?</p> <p><i>Si Oui, demander :</i> Puis-je le voir SVP ?</p>	<p>OUI, VU1</p> <p>OUI, PAS VU2</p> <p>NON.....3</p> <p>NSP.....8</p>	<p>1⇒ <i>Module suivant</i></p> <p>2⇒ <i>Module suivant</i></p>
<p>BR2. La naissance de (nom) a-t-elle été enregistrée/déclarée auprès de l'état civil ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>1⇒ <i>Module suivant</i></p>
<p>BR3. Savez-vous où enregistrer/déclarer la naissance de (nom) ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p>	

DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE
EC

<p>EC1. Combien de livres d'enfants ou de livres d'images avez-vous pour (nom) ?</p>	<p>AUCUN00</p> <p>NOMBRE DE LIVRES POUR ENFANTS 0__</p> <p>10 LIVRES OU PLUS 10</p>	
<p>EC2. Je voudrais savoir quels sont les jouets avec lesquels (nom) joue quand il/elle est à la maison.</p> <p>Est-ce qu'il/elle joue avec :</p> <p>[A] des jouets fabriqués à la maison comme des poupées, voitures ou autres jouets fabriqués à la maison) ?</p> <p>[B] des jouets d'un magasin ou des jouets d'un fabricant ?</p> <p>[C] des objets du ménage (comme des bassines, casseroles), ou des objets trouvés dehors (comme des bâtons, pierres, animaux, coquilles ou feuilles) ?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>JOUETS FABRIQUES A LA MAISON 1 2 8</p> <p>JOUETS D'UN MAGASIN 1 2 8</p> <p>OBJETS DU MÉNAGE OU DE DEHORS 1 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 passée, combien de jours (nom) a t-il/elle été:</p> <p>[A] laissé seul(e) pour plus d'une heure ?</p> <p>[B] laissé sous la garde d'un autre enfant, c'est-à-dire quelqu'un de moins de 10 ans, pour plus d'une heure ?</p> <p>Si 'Aucun' enregistrer '0'. Si 'NSP', enregistrer '8'.</p>	<p>NOMBRE DE JOURS LAISSES SEUL POUR PLUS D'UNE HEURE.....__</p> <p>NOMBRE DE JOURS LAISSES SOUS LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT POUR PLUS D'UNE HEURE __</p>	
<p>EC4. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?</p>	<p>0 OU 1 AN1</p> <p>2, 3 OU 4 ANS2</p>	<p>1⇒ Module suivant</p>

<p>EC5. Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du ménage de 15 ans ou plus, participé avec (nom) à l'une des activités suivantes</p> <p><i>Si 'Oui', demander:</i> Qui a participé à cette activité avec (nom) ?</p> <p><i>Une mère ou un père adoptif vivant dans le ménage qui a participé avec l'enfant doit être codé comme mère ou père.</i></p> <p><i>Encercler tout ce qui s'applique</i></p> <p><i>'PERSONNE' ne peut pas être encerclé s'il ya un membre du ménage de plus de 15 ans qui a participé à cette activité avec l'enfant.</i></p> <p>[A] Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (nom) ?</p> <p>[B] Raconter des histoires à (nom) ?</p> <p>[C] Chanter des chansons avec ou à (nom), y compris des berceuses ?</p> <p>[D] Emmener (nom) en dehors de la maison ?</p> <p>[E] Jouer avec (nom) ?</p> <p>[F] Nommer, compter ou dessiner des choses avec (nom) ?</p>																																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>MÈRE</th> <th>PÈRE</th> <th>AUTRE</th> <th>PERSONNE</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 HISTOIRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>CHANTER CHANSONS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>L'EMMENER DEHORS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>JOUER AVEC</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>NOMMER, COMPTER, DESSINER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		MÈRE	PÈRE	AUTRE	PERSONNE	LIRE DES LIVRES	A	B	X	Y	RACONTER HISTOIRES	A	B	X	Y	CHANTER CHANSONS	A	B	X	Y	L'EMMENER DEHORS	A	B	X	Y	JOUER AVEC	A	B	X	Y	NOMMER, COMPTER, DESSINER	A	B	X	Y	
	MÈRE	PÈRE	AUTRE	PERSONNE																																	
LIRE DES LIVRES	A	B	X	Y																																	
RACONTER HISTOIRES	A	B	X	Y																																	
CHANTER CHANSONS	A	B	X	Y																																	
L'EMMENER DEHORS	A	B	X	Y																																	
JOUER AVEC	A	B	X	Y																																	
NOMMER, COMPTER, DESSINER	A	B	X	Y																																	
<p>EC5G. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?</p>	<p>2 ANS1</p> <p>3 OU 4 ANS2</p>	<p>1⇒ Module suivant</p>																																			
<p>EC6. Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé et le développement de votre enfant. Les enfants ne se développent pas tous de manière identique et ils n'apprennent pas tous à la même vitesse. Certains, par exemple, marchent plus tôt que d'autres. Ces questions portent sur plusieurs aspects du développement de votre enfant.</p> <p>Est-ce que (nom) connaît ou peut citer au moins dix lettres de l'alphabet ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>																																				
<p>EC7. Est-ce que (nom) peut lire au moins 4 mots simples et courants ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>																																				
<p>EC8. Est-ce que (nom) connaît les noms et les symboles des chiffres de 1 à 10 ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>																																				
<p>EC9. Est-ce que (nom) peut attraper par terre un petit objet avec deux doigts, tel un bâton ou un caillou ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>																																				
<p>EC10. Est-ce que (nom) est parfois trop malade pour jouer ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>																																				
<p>EC11. Est-ce que (nom) est capable de suivre de simples instructions sur comment faire quelque chose correctement ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>																																				
<p>EC12. Quand on donne quelque chose à faire à (nom) est-il/elle capable de le faire de manière indépendante ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>																																				

EC13. Est-ce que (nom) s'entend bien avec les autres enfants ?	OUI1 NON.....2 NSP.....8	
EC14. Est-ce que (nom) donne des coups de pieds, mord, ou frappe les autres enfants ou les adultes ?	OUI1 NON.....2 NSP.....8	
EC15. Est-ce que (nom) est facilement distrait ?	OUI1 NON.....2 NSP.....8	

DISCIPLINE DE L'ENFANT

UCD

UCD1. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	0 AN.....1 1, 2, 3 OU 4 ANS2	1⇒ Module suivant
<p>UCD2. Maintenant je voudrais parler de quelque chose d'autre.</p> <p>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 vous ou un autre membre adulte de votre ménage avez utilisé une de ces méthodes avec (nom) au cours du mois dernier.</p> <p>[A] Retirer des privilèges, interdire quelque chose que (nom) aime faire ou ne pas lui permettre de quitter la maison.</p> <p>[B] Expliquer à (nom) pourquoi son comportement est incorrect.</p> <p>[C] Le/la secouer</p> <p>[D] Hurler ou lui crier dessus</p> <p>[E] Lui donner quelque chose d'autre à faire.</p> <p>[F] Lui donner une fessée, le frapper ou le taper sur les fesses à mains nues.</p> <p>[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.</p> <p>[H] Le/la traiter d'idiot, de paresseux ou d'un autre nom comme ça.</p> <p>[I] Le/la frapper ou le/la gifler sur le visage, la tête ou les oreilles.</p> <p>[J] Le/la frapper ou le/la taper sur les mains, les bras ou les jambes.</p> <p>[K] Le/la battre, c'est-à-dire le/la frapper encore et encore aussi fort que possible.</p> <p>[L] Lui tirer les oreilles</p>	<p style="text-align: right;">OUI NON</p> <p>RETIRER DES PRIVILEGES 1 2</p> <p>EXPLIQUER LE MAUVAIS COMPORTEMENT 1 2</p> <p>SECOUER 1 2</p> <p>HURLER, CRIER DESSUS 1 2</p> <p>DONNER AUTRE CHOSE A FAIRE 1 2</p> <p>DONNER UNE FESSEE, FRAPPER, TAPER A MAINS NUES 1 2</p> <p>FRAPPER AVEC CEINTURE, BROSSES, BATON OU AUTRE 1 2</p> <p>TRAITER D'IDIOT, PARESSEUX OU AUTRE 1 2</p> <p>FRAPPER/GIFFLER SUR LE VISAGE, TETES OU OREILLES 1 2</p> <p>FRAPPER/TAPER SUR LES MAINS, BRAS OU JAMBES 1 2</p> <p>BATTRE ET FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE..... 1 2</p> <p>TIRER LES OREILLES 1 2</p>	
UCD3. 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 ?	OUI1 NON.....2	1⇒ UCD5
UCD4. Vérifier UF4 : Est-ce que ce/cette répondant(e) a déjà répondu à la question suivante (UCD5 ou FCD5) pour un autre enfant ?	OUI1 NON.....2	1⇒ Module suivant
UCD5. Pensez-vous que pour élever ou éduquer correctement un enfant, il est nécessaire qu'il soit puni physiquement ?	OUI1 NON.....2 NSP / PAS D'OPINION.....8	

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT
UCF

UCF1. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	0 OU 1 AN1 2, 3 OU 4 ANS2	1⇒Module suivant
UCF2. Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur les difficultés que votre enfant peut connaître : (Nom) porte-t-il/elle des lunettes ?	OUI1 NON.....2	
UCF3. (Nom) utilise-t-il/elle une prothèse auditive ?	OUI1 NON.....2	
UCF4. (Nom) utilise-t-il/elle un équipement ou reçoit t-il/elle de l'assistance pour marcher ?	OUI1 NON.....2	
UCF5. Pour les questions suivantes, je vous demanderai de répondre en sélectionnant une réponse parmi quatre réponses possibles. Pour chaque question diriez-vous que (nom) 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>Répéter 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 : 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) ne peut pas du tout faire l'activité ?		
UCF6. Vérifier UCF2 : Enfant porte des lunettes ?	OUI, UCF2=11 NON, UCF2=22	1⇒UCF7A 2⇒UCF7B
UCF7A. Lorsqu'il/elle porte ses lunettes, (nom) a-t-il/elle des difficultés à voir ? UCF7B. (Nom) a-t-il/elle des difficultés à voir ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT VOIR4	
UCF8. Vérifier UCF3 : Enfant porte une prothèse auditive ?	OUI, UCF3=11 NON, UCF3=22	1⇒UCF9A 2⇒UCF9B
UCF9A. Lorsqu'il/elle utilise sa prothèse auditive, (nom) a-t-il/elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ? UCF9B. (Nom) a-t-il /elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT ENTENDRE4	
UCF10. Vérifier UCF4 : Enfant utilise un équipement ou reçoit de l'assistance pour marcher ?	OUI, UCF4=11 NON, UCF4=22	1⇒UCF11 2⇒UCF13
UCF11. Sans son équipement ou assistance, (nom) a-t-il /elle des difficultés à marcher ?	QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER4	
UCF12. Avec son équipement ou assistance, (nom) a-t-il/elle des difficultés à marcher ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER4	1⇒UCF14 2⇒UCF14 3⇒UCF14 4⇒UCF14
UCF13. Par rapport aux enfants du même âge, (nom) a-t-il/elle des difficultés à marcher ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER4	
UCF14. Par rapport aux enfants du même âge, (nom) a-t-il /elle des difficultés à saisir des petits objets avec sa main ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT ATTRAPER4	
UCF15. (Nom) a-t-il /elle des difficultés à vous comprendre ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT COMPRENDRE.....4	

<p>UCF16. Lorsque (nom) parle, avez-vous des difficultés à le/la comprendre?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT ETRE COMPRIS.....4</p>	
<p>UCF17. Par rapport aux enfants du même âge, (nom) a-t-il /elle des difficultés à apprendre des choses ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT APPRENDRE.....4</p>	
<p>UCF18. Par rapport aux enfants du même âge, (nom) a-t-il /elle des difficultés à jouer ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT JOUER.....4</p>	
<p>UCF19. 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, (nom) 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 : pas du tout, moins, la même chose, plus ou beaucoup plus ?</p>	<p>PAS DU TOUT1 MOINS.....2 LA MEME CHOSE3 PLUS.....4 BEAUCOUP PLUS5</p>	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE
BD

BD1. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	0, 1, OU 2 ANS1 3 OU 4 ANS2	2⇒ Module suivant		
BD2. Est-ce que (nom) a été allaité ?	OUI1 NON.....2 NSP.....8	2⇒ BD3A 8⇒ BD3A		
BD3. Est-ce que (nom) est toujours allaité ?	OUI1 NON.....2 NSP.....8			
BD3A. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	0 OU 1 AN1 2 ANS2	2⇒ Module suivant		
BD4. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu quelque chose au biberon ?	OUI1 NON.....2 NSP.....8			
BD5. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu des Sels de Réhydratation Orale ou SRO ?	OUI1 NON.....2 NSP.....8			
BD6. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu ou mangé des vitamines ou des suppléments minéraux ou n'importe quel médicament?	OUI1 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 ? SVP, inclure aussi tous les liquides consommés en dehors de la maison. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu (nom de item) :				
		OUI	NON	NSP
[A] De l'eau simple ?	EAU SIMPLE	1	2	8
[B] Jus de fruits ou boissons à base de jus de fruits ?	JUS OU BOISSON A BASE DE JUS	1	2	8
[C] Du bouillon/soupe claire (Pepe soupe) ?	BOUILLON CLAIR	1	2	8
[D] Du lait maternisé tel que Nan, Guigoz, France lait, Nursie ?	LAIT MATERNISE	1	2 _{BD7[E]}	8 _{BD7[E]}
[D1] Combien de fois (nom) a-t-il bu du lait maternisé ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.	NOMBRE DE FOIS BU DU LAIT MATERNISE	_____		
[E] Du lait d'animal, qu'il soit frais, en boîte ou en poudre ?	LAIT	1	2 _{BD7[E]}	8 _{BD7[E]}
[E1] Combien de fois (nom) a-t-il bu du lait Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.	NOMBRE DE FOIS BU DU LAIT	_____		
[X] N'importe quels autres liquides ?	AUTRES LIQUIDES			
[X1] Enregistrer tous les autres liquides mentionnés.	(Préciser) _____			
BD8. Maintenant je voudrais vous poser des questions sur <u>tout</u> ce que (nom) a mangé hier durant le jour et la nuit. SVP, incluez la nourriture consommée en dehors de votre maison. - Pensez au moment où (nom) s'est réveillé(e) hier. Est-ce qu'il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ? Si 'Oui' demander : SVP, dites-moi tout ce (nom) a mangé à ce moment-là. Insister : Rien d'autre ? Enregistrer les réponses en utilisant les groupes d'aliments ci-dessous. Qu'est-ce que (nom) a fait après cela ? Est-ce qu'il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ? Répéter cette série de questions, enregistrer 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.				

<p>Pour chaque groupe d'aliments non mentionné après avoir fini la question au-dessus, demander :</p> <p>Juste pour être sûre, est-ce que (nom) a mangé (groupe d'aliments) hier durant le jour ou la nuit ?</p>		OUI	NON	NSP	
<p>[A] Du yaourt fait avec du lait d'animal ? Noter que yaourt liquide /à boire doit être capturé à BD7[E] ou à BD7[X] dépendant de la quantité de lait.</p>	Yaourt	1	2 ² BD7[E]	8 ⁸ BD7[E]	
<p>[A1] Combien de fois (nom) a-t-il/elle mangé du yaourt ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</p>	NOMBRE DE FOIS MANGE YAOURT				
<p>[B] De la nourriture pour bébé telle que Nan, Protivap, Nutribon, Cérélac, Diaming, D'Elite, Gerber, Hero, Nestum</p>	NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBE	1	2	8	
<p>[C] Du pain, riz, pâtes, porridge, ou autres aliments à base de grains ?</p>	NOURRITURE A BASE DE CEREALES	1	2	8	
<p>[D] .Courge, carotte, citrouille, patate douce qui sont jaune ou orange à l'intérieur ?</p>	COURGE, CARROTTE, CITROUILLE, ETC.	1	2	8	
<p>[E] Des pommes de terre, de l'igname, du manioc, de la patate douce ou autre nourriture à base de tubercules (tarot/colcase)</p>	NOURRITURE A BASE DE TUBERCULES	1	2	8	
<p>[F] N'importe quel légume à feuilles vert foncé comme Epinard, Amarante, Feuille de patate douce, Kikalakasa, Feuille de moringa, Feuille de manioc ?</p>	LEGUMES À FEUILLES VERT FONCE	1	2	8	
<p>[G] Mangues mures ou des papayes mures ou d'autres fruits locaux commegoyave à chair rouge ?</p>	MANGUE MURE, PAPAYE MURE, AUTRE FRUIT A CHAIR ROUGE	1	2	8	
<p>[H] Tout autre fruit et légume, parmi les plus communément consommés comme Avocat, Aubergine, Tomate, Banane, Ananas, Pointe-Noire ?</p>	AUTRE FRUITS OULEGUMES	1	2	8	
<p>[I] Du foie, des rognons, du cœur ou autres abats ?</p>	ABATS	1	2	8	
<p>[J] Toute autre viande comme du bœuf, du porc, de l'agneau, de la chèvre, du poulet, du canard ou des saucisses faites de ces viandes ?</p>	AUTRE VIANDES	1	2	8	
<p>[K] Des oeufs?</p>	OEUFS	1	2	8	
<p>[L] Du poisson ou des crustacés, frais ou séchés ?</p>	POISSON FRAIS OUSECHE	1	2	8	
<p>[M] Des haricots, petits pois, lentilles ou noix(arachides, amandes, etc.), y compris toute préparation faite avec ?</p>	NOURRITURES A BASE DE HARICOTS, POIS, NOIX, ETC.	1	2	8	
<p>[N] Du fromage ou autre aliment fait avec du lait d'animal ?</p>	FROMAGE OU AUTRE ALIMENT A BASE DE LAIT	1	2	8	
<p>[O] Des chenilles, escargots, termites ?</p>	CHENILLES, ESCARGOTS TERMITES	1	2	8	
<p>[X] Autre aliment solide, semi-solide ou mou ?</p>	AUTRE ALIMENT SOLIDE, SEMI-SOLIDE OU MOU	1	2 ² BD7[E]	8 ⁸ BD7[E]	
<p>[X1] Enregistrer tous les aliments solides, semi-solides ou mous qui ne correspondent pas aux groupes d'aliments ci-dessus.</p>	(Préciser) _____				
<p>BD9. Combien de fois (nom) a-t-il/elle mangé des aliments solides, semi-solides ou mou hier durant le jour et la nuit ?</p> <p><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></p> <p><i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i></p>	<p>NOMBRE DE FOIS</p> <p>NSP.....8</p>				

VACCINATIONS

IM

IM1. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	0, 1, OU 2 ANS1 3 OU 4 ANS2	2⇒ Module suivant												
IM2. Avez-vous un carnet/carte de vaccinations ou un document d'un agent de santé privé où les vaccinations de (nom) sont enregistrées ? <i>Le/la répondant(e) devrait déjà avoir apporté la carte/carnet et / ou le document lorsque vous avez obtenu la permission de commencer l'entrevue.</i>	OUI, A SEULEMENT UN CARNET/CARTE1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT2 OUI, A CARNET/CARTE ET AUTRE DOCUMENT3 NON, N'A NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT4 NON, CARNET/CARTE RETENU AU CENTRE DE SANTE5	1⇒ IM5 3⇒ IM5 5⇒ IM28												
IM3. Avez-vous déjà eu un/une carnet/carte de vaccinations ou un document d'un agent de santé privé pour (nom) ?	OUI1 NON2													
IM4. Vérifier IM2:	A SEULEMENT AUTRE DOCUMENT, IM2=21 NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT DISPONIBLE, IM2=42	2⇒ IM11												
IM5. Puis-je voir le carnet/carte (et/ou) l'autre document ?	OUI, CARNET/CARTE SEULEMENT VU1 OUI, AUTRE DOCUMENT SEULEMENT VU2 OUI, CARNET/CARTE ET AUTRE DOCUMENT VUS3 NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT VU4	4⇒ IM11												
IM6.. (a) Copier les dates de chaque vaccination à partir de la carte/carnet. (b) Ecrire '44' dans la colonne jour si la carte montre que la vaccination a été donnée mais la date n'est pas enregistrée.	DATE DE VACCINATION													
	JOUR	MOIS	ANNÉE											
BCG	BCG		2 0 1											
Polio (VPO) (à la naissance)	VPO0		2 0 1											
Polio (VPO) 1	VPO1		2 0 1											
Polio (VPO) 2	VPO2		2 0 1											
Polio (VPO) 3	VPO3		2 0 1											
Polio (VPI)	VPI		2 0 1											
Pentavalent (DTCHepBHib) 1	Penta1		2 0 1											
Pentavalent (DTCHepBHib) 2	Penta2		2 0 1											
Pentavalent (DTCHepBHib) 3	Penta3		2 0 1											
Pneumococcal (Conjugué) 1	PCV13(1)		2 0 1											
Pneumococcal (Conjugué) 2	PCV13(2)		2 0 1											
Pneumococcal (Conjugué) 3	PCV13(3)		2 0 1											
Rougeole (VAR)	VAR		2 0 1											
Fièvre jaune	VAA		2 0 1											
IM7. Vérifier IM6. Tous les vaccins (BCG à VAA) enregistrés ?	OUI1 NON2	1⇒ Module suivant												
IM8. Est-ce que (nom) a participé aux campagnes, de vaccination suivantes : [A] Mars 2016, VPOT [B] Avril 2017, VPOB	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: center; width: 10%;">O</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">N</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">NSP</td> </tr> <tr> <td>VPOT, 2016.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VPOB, 2017.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> </table>		O	N	NSP	VPOT, 2016.....1	2	8		VPOB, 2017.....1	2	8		
	O	N	NSP											
VPOT, 2016.....1	2	8												
VPOB, 2017.....1	2	8												
IM9. En plus de ce qui est enregistré dans le document que vous nous avez montré, est-ce que (nom) a reçu d'autres vaccinations y compris des vaccinations reçues pendant les campagnes, journées nationales de vaccination qu'on vient de mentionner ?	OUI1 NON2 NSP8	2⇒ IM27A 8⇒ IM27A												

<p>IM10. Retourner à IM6 et insister pour ces vaccinations.</p> <p>Enregistrer '66' dans la colonne jour correspondante pour chaque vaccin reçu.</p> <p>Pour les vaccinations <u>pas</u> reçues, enregistrer '00'. Quand <u>c'est fait</u>, continuer avec IM10A.</p>														
<p>IM10A. Vérifier UB2. Age de l'enfant</p>	<p>0 AN.....1</p> <p>1, 2 ANS2</p>	<p>1⇒Module suivant</p>												
<p>IM10B. Vérifier IM6. Tous les vaccins (BCG à VAA) enregistrés maintenant?</p>	<p>OUI, TOUS LES VACCINS RECUS (AUCUN '00' ENREGISTRE)1</p> <p>NON, IL Y A AU MOINS UN VACCIN NON RECU (un '00' enregistré)2</p>	<p>1⇒Module suivant</p> <p>2⇒IM29</p>												
<p>IM11. Est-ce que (nom) a déjà reçu des vaccinations pour l'empêcher d'attraper des maladies, y compris des vaccinations reçues pendant des campagnes ou des journées nationales de vaccination ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>													
<p>IM12. Est-ce que (nom) a participé aux campagnes de vaccination suivantes :</p> <p>[A] Mars 2016, VPOT</p> <p>[B] Avril 2017, VPOB</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>VPOT, 2016.....</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>VPOB, 2017.....</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	VPOT, 2016.....	1	2	8	VPOB, 2017.....	1	2	8	
	O	N	NSP											
VPOT, 2016.....	1	2	8											
VPOB, 2017.....	1	2	8											
<p>IM13. Vérifier IM11 et IM12:</p>	<p>TOUT NON OU NSP1</p> <p>AU MOINS UN OUI2</p>	<p>1⇒IM29</p>												
<p>IM14. Est-ce que (nom) a déjà reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose – c'est-à-dire une injection faite dans l'avant-bras gauche et qui laisse habituellement une cicatrice ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>													
<p>IM16. Est-ce que(nom) 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 dose est généralement donnée à la naissance et les autres en même temps que des injections pour empêcher d'autres maladies.</i></p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>2⇒IM20</p> <p>8⇒IM20</p>												
<p>IM17. Est-ce que la première dose de Polio a été donnée dans les 2 premières semaines après la naissance ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>													
<p>IM18. Combien de fois les doses de Polio ont été données ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS.....—</p> <p>NSP.....8</p>													
<p>IM19. La dernière fois que (nom) a reçu des doses de Polio, est-ce qu'il/elle a également reçu une injection pour le protéger contre la Polio ?</p> <p><i>Insister pour s'assurer que les deux, gouttes et injection, ont été données.</i></p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>													
<p>IM20. Est-ce que (nom) a déjà reçu le vaccin Pentavalent– c'est-à-dire une injection dans la cuisse gauche 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>OUI1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>2⇒IM22</p> <p>8⇒IM22</p>												
<p>IM21. Combien de fois le vaccin Pentavalent a été donné ?</p>	<p>Nombre de fois</p> <p>—</p> <p>NSP 8</p>													

<p>IM22. Est-ce que (nom) a déjà reçu le vaccin Pneumococcal Conjugué – PCV13– c’est-à-dire une injection dans la cuisse droite 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⇒ IM26</p> <p>8⇒ IM26</p>
<p>IM23. Combien de fois le vaccin Pneumococcal Conjugué PCV13 a été donné ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS _</p> <p>NSP.....8</p>	
<p>IM26. Est-ce que (nom) a déjà reçu le VAR c’est-à-dire une injection dans l’épaule gauche à l’âge de 9 mois ou plus pour l’empêcher d’attraper la rougeole ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
<p>IM27. Est-ce que (nom) a déjà reçu une injection contre la Fièvre Jaune c’est-à-dire une injection dans l’épaule droite à l’âge de 9 mois ou plus pour l’empêcher d’attraper la Fièvre Jaune ?</p> <p><i>Insister en indiquant que le vaccin contre la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.</i></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
<p>IM27A. Vérifier UB2. Age de l’enfant</p>	<p>0 AN..... 1</p> <p>1, 2 ANS2</p>	<p>1⇒ Module suivant</p>
<p>IM27B. Vérifier IM14 à IM27. Tous les vaccins (BCG à VAA) <u>et toutes les doses enregistrés ?</u></p>	<p>OUI, TOUS LES VACCINS ET TOUTES LES DOSES RECUS 1</p> <p>NON, ILY A AU MOINS UN VACCIN OU UNE DOSE NON RECU2</p>	<p>1⇒ Module suivant</p>
<p>IM28. Préparer un (QUESTIONNAIRE CARTE DE VACCINATION AU ENTRE DE SANTE) pour cet enfant. Compléter le panneau d’information sur ce questionnaire.</p>		

<p>IM29. Quelles sont les raisons pour lesquelles (<i>nom</i>) n'a pas reçu (<i>certain</i>s) vaccins?</p> <p><i>Insister :</i> Une autre raison ?</p> <p><i>Continuer à demander les raisons jusqu'à ce que la mère ou le /la gardien(ne) ne puisse se souvenir d'une raison supplémentaire.</i></p> <p><i>Ne faire aucune suggestion.</i></p>	<p>MANQUE DE CONNAISSANCES OU D'INFORMATION</p> <p>A PENSÉ QUE L'ENFANT ÉTAIT COMPLÈTEMENT VACCINÉ A</p> <p>PAS AU COURANT DU BESOIN DE VACCINER L'ENFANT B</p> <p>IGNORE LA NÉCESSITÉ DE RETOURNER POUR LA 2^{ÈME} OU 3^{ÈME} DOSE C</p> <p>LIEU ET / OU PÉRIODE DE VACCINATION MÉCONNU(e) D</p> <p>MANQUE DE TEMPS OU AUTRES PROBLÈMES FAMILIAUX</p> <p>REPORTÉ À UNE AUTRE FOIS E</p> <p>MÈRE / GARDIENNE TROP OCCUPÉE F</p> <p>PROBLÈME FAMILIAL, Y COMPRIS MALADIE DE LA MÈRE G</p> <p>MÉFIANCE OU CRAINTES</p> <p>PAS DE CONFIANCE DANS LA VACCINATION H</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES I</p> <p>MYTHES / RUMEURS J</p> <p>CROIT QU'IL Y AVAIT DES CONTRE-INDICATIONS K</p> <p>PROBLÈMES LIÉS À LA PRESTATION DES SERVICES</p> <p>LIEU DE VACCINATION TROP LOIN L</p> <p>MOMENT DE LA VACCINATION INOPPORTUN .. M</p> <p>AGENT DE VACCINATION ABSENT N</p> <p>VACCIN NON DISPONIBLE O</p> <p>TEMPS D'ATTENTE LONG P</p> <p>BARRIÈRE FINANCIÈRE S</p> <p>MALADIE DE L'ENFANT</p> <p>ENFANT MALADE - PAS CONDUIT AU CENTRE Q</p> <p>ENFANT MALADE - CONDUIT AU CENTRE MAIS PAS VACCINÉ R</p> <p>AUTRE (<i>spécifier</i>) X</p>
--	--

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
CA1. Est-ce que (nom) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON.....2 NSP.....8	2⇒CA14 8⇒CA14
CA2. Vérifier BD3 : Est-ce que l'enfant est toujours allaité ?	OUI OU BLANC, BD3=1 OU BLANC..... 1 NON OU NSP, BD3=2 OU 82	1⇒CA3A 2⇒CA3B
CA3A. Je voudrais savoir quelle quantité de liquides à boire a été donnée à (nom) durant sa diarrhée.Ceci inclut le lait maternel et les Sels de réhydratation orale, SRO et les autres liquides donnés avec des médicaments. Pendant que (nom) avait la diarrhée, a t-il/elle reçu à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? <i>Si 'moins', insister :</i> Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à boire que d'habitude, ou un peu moins à boire que d'habitude ? CA3B. Je voudrais savoir quelle quantité de liquides à boire a été donnée à (nom) durant sa diarrhée.Ceci inclut les Sels de réhydratation orale, SRO et les autres liquides donnés avec des médicaments. Pendant que (nom) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? <i>Si 'moins', insister :</i> Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à boire que d'habitude, ou un peu moins à boire que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS2 A PEU PRES LA MEME CHOSE3 PLUS.....4 RIEN A BOIRE5 NSP.....8	
CA4. Pendant que (nom) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à mangermoins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ? <i>Si 'moins', insister :</i> Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à mangerque d'habitude, ou un peu moins à manger que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS2 A PEU PRES LA MEME CHOSE3 PLUS.....4 A STOPPE L'ALIMENTATION.....5 N'A JAMAIS DONNE A MANGER.....7 NSP.....8	
CA5. Avez-vous recherché des conseils ou un traitement contre la diarrhée de n'importe quelle source ?	OUI 1 NON.....2 NSP.....8	2⇒CA7 8⇒CA7

<p>CA6. Ou avez-vous cherché des conseils ou un traitement ?</p> <p><i>Insister : quelque part d'autre ?</i></p> <p><i>Encercler tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</i></p> <p><i>Insister 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, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</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>AUTRE MEDICAL PUBLIC</p> <p>(préciser) _____ H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</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>AUTRE MEDICAL PRIVE</p> <p>(préciser) _____ O</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE/AMIS P</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE/RUE Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL R</p> <p>Autre (préciser) _____ X</p>																																													
<p>CA7. Quand (nom) a eu la diarrhée est-ce qu'il a eu :</p> <p>[A] Une SRO faite à partir d'un sachet spécial appelé 'Mayi ya pharmacie'?</p> <p>[B] Un liquide SRO déjà préparé dans un sachet appelé sérum oral ?</p> <p>[C] Du Zinc en comprimés ou en sirop ?</p> <p>Un des liquides suivants recommandés par le Ministère de la Santé :</p> <p>[D] Eau potable</p> <p>[E] Eau de riz</p> <p>[F] Potage</p> <p>[G] Lait de coco</p> <p>[H] Lait de soja</p> <p>[I] Lait de courge</p> <p>[J] Bouillie</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SACHET DE SRO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>LIQUIDE SRO DEJA PREPARE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ZINC COMPRIMÉS OU SIROP.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D EAU POTABLE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>E EAU DE RIZ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>F POTAGE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>G LAIT DE COCO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>H LAIT DE SOJA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>I LAIT DE COURGE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>J BOUILLIE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	NSP	SACHET DE SRO	1	2	8	LIQUIDE SRO DEJA PREPARE	1	2	8	ZINC COMPRIMÉS OU SIROP.....	1	2	8	D EAU POTABLE	1	2	8	E EAU DE RIZ	1	2	8	F POTAGE	1	2	8	G LAIT DE COCO	1	2	8	H LAIT DE SOJA	1	2	8	I LAIT DE COURGE	1	2	8	J BOUILLIE	1	2	8	
	O	N	NSP																																											
SACHET DE SRO	1	2	8																																											
LIQUIDE SRO DEJA PREPARE	1	2	8																																											
ZINC COMPRIMÉS OU SIROP.....	1	2	8																																											
D EAU POTABLE	1	2	8																																											
E EAU DE RIZ	1	2	8																																											
F POTAGE	1	2	8																																											
G LAIT DE COCO	1	2	8																																											
H LAIT DE SOJA	1	2	8																																											
I LAIT DE COURGE	1	2	8																																											
J BOUILLIE	1	2	8																																											
<p>CA8. Vérifier CA7[A] et CA7[B] : Est-ce que l'enfant a reçu n'importe quel type de SRO ?</p>	<p>OUI, OUI EN CA7[A] OU CA7[B] 1</p> <p>NON, 'NON' OU 'NSP' A CA7[A] ET CA7[B]..... 2</p>	<p>2⇒CA10</p>																																												

<p>CA9. Ou avez-vous eu le (SRO mentionné en CA7[A] et/ou en CA7[B])?</p> <p><i>Insister 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>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</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>AUTRE MEDICAL PUBLIC</p> <p>(préciser) _____ H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</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>AUTRE MEDICAL PRIVE</p> <p>(préciser) _____ O</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE/AMIS P</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE/RUE Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL..... R</p> <p>AUTRE (préciser) X</p> <p>NSP / NE SE RAPPELLE PAS Z</p>	
<p>CA10. Vérifier 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>CA11. Ou avez-vous eu le zinc?</p> <p><i>Insister 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>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</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>AUTRE MEDICAL PUBLIC</p> <p>(préciser) _____ H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</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>AUTRE MEDICAL PRIVE</p> <p>(préciser) _____ O</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE/AMIS P</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE/RUE Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL..... R</p> <p>Autre (préciser) _____ X</p> <p>NSP / NE SE RAPPELLE PAS Z</p>	
<p>CA12. Est-ce que quelque chose d'autre a été donné 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>CA13. Qu'est-ce qui a été donné en plus pour traiter la diarrhée ?</p> <p><i>Insister: Rien d'autre ?</i></p> <p><i>Enregistrer tous les traitements donnés. Ecrire le nom/marque de tous les médicaments donnés.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nom/marque)</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nom/marque)</i></p>	<p>COMPRIMES OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITE (<i>anti-diarrhéique</i>) B</p> <p>AUTRE COMPRIME OU SIROP G</p> <p>COMPRIME OU SIROP INCONNU H</p> <p>INJECTION</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>CA14. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) a eu 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>CA15. À n'importe quel moment durant sa maladie, est-ce que (nom) 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>CA16. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) a eu une maladie avec de la toux ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA17. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) 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>CA18. 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>PROBLEMES DANS LA POITRINE SEULEMENT 1</p> <p>NEZ BLOQUÉ 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>CA19. Vérifier 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>CA20. 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>CA21. Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?</p> <p><i>Insister:</i> Quelque part d'autre ?</p> <p><i>Encercler tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</i></p> <p><i>Insister 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, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL A CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL B POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL C AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE D CLINIQUE MOBILE/STRATEGIE AVANCEE..... E AUTRE MEDICAL PUBLIC</p> <p>(préciser) _____ H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUE I MEDECIN PRIVE J PHARMACIE PRIVEE..... K AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (non gouvernemental)..... L CLINIQUE MOBILE M AUTRE MEDICAL PRIVE</p> <p>(préciser) _____ O</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE/AMIS P BOUTIQUE/MARCHE/RUE Q PRATICIEN TRADITIONNEL..... R</p> <p>AUTRE (préciser) _____ X</p>	
<p>CA22. A n'importe quel moment de sa maladie, est-ce que (nom) a reçu un médicament pour cette maladie ?</p>	<p>OUI 1 NON..... 2 NSP..... 8</p>	<p>2⇒ CA30 8⇒ CA30</p>
<p>CA23. Quel médicament (nom) a-t-il/elle reçu ?</p> <p><i>Insister :</i> <i>Rien d'autre ?</i></p> <p><i>Si impossible de déterminer le type de médicament, noter le nom / la marque et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nom/marque)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nom/marque)</p>	<p>ANTI-PALUDIQUES</p> <p>COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISININE (CTA)</p> <p>ARTESUNATE + AMODIAQUINE A ARTEMETHER + LUMEFANTRINE..... B SP / FANSIDAR C CHLOROQUINE D AMODIAQUINE..... E QUININE</p> <p>COMPRIMES..... F INJECTION/ IV G</p> <p>ARTESUNATE INJECTION/ IV H</p> <p>ARTESUNATE EN SUPPOSITOIRE I AUTRE INJECTION/IV J AUTRE ANTI-PALUDIQUE (préciser) _____ K</p> <p>ANTIBIOTIQUES</p> <p>AMOXICILLIN L COTRIMOXAZOLE..... M AUTRES COMPRIMES OU SIROP ANTIBIOTIQUE N AUTRE INJECTION/IV ANTIBIOTIQUE O</p> <p>AUTRE MEDICAMENTS</p> <p>PARACETAMOL/PANADOL/ ACETAMINONPHEN..... R ASPIRINE..... S IBUPROFEN T</p> <p>Autre (préciser) _____ X NSP..... Z</p>	
<p>CA24. Vérifier CA23 : Antibiotiques mentionnés ?</p>	<p>OUI, ANTIBIOTIQUES MENTIONNES, CA23=L-O 1 NON, ANTIBIOTIQUES PAS MENTIONNES 2</p>	<p>2⇒ CA26</p>

<p>CA25. Où avez-vous obtenu (nom du médicament de CA23, codes L à O)?</p> <p><i>Insister 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>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL A CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL B POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL C AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE D CLINIQUE MOBILE/STRATEGIE AVANCEE E AUTRE MEDICAL PUBLIC H (<i>préciser</i>) _____</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUE I MEDECIN PRIVE J PHARMACIE PRIVEE K AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (<i>non gouvernemental</i>) L CLINIQUE MOBILE M AUTRE MEDICAL PRIVE O (<i>préciser</i>) _____</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE/AMIS P BOUTIQUE/MARCHE/RUE Q PRATICIEN TRADITIONNEL R X AUTRE (<i>préciser</i>) _____ NSP / NE SE RAPPELLE PAS Z</p>	
<p>CA26. Vérifier CA23 : Anti-paludiques mentionnés ?</p>	<p>OUI, ANTI-PALU MENTIONNES, CA23=A-K 1 NON, ANTI- PALU PAS MENTIONNES 2</p>	<p>2⇒ CA30</p>
<p>CA27. Ou avez-vous obtenu (nom du médicament de CA23, codes A à K)?</p> <p><i>Insister to 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>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL A CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL B POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL C AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE D CLINIQUE MOBILE/STRATEGIE AVANCEE E AUTRE MEDICAL PUBLIC H (<i>préciser</i>) _____</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUE I MEDECIN PRIVE J PHARMACIE PRIVEE K AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (<i>non gouvernemental</i>) L CLINIQUE MOBILE M AUTRE MEDICAL PRIVE O (<i>préciser</i>) _____</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE/AMIS P BOUTIQUE/MARCHE/RUE Q PRATICIEN TRADITIONNEL R X AUTRE (<i>préciser</i>) _____ NSP / NE SE RAPPELLE PAS Z</p>	
<p>CA28. Vérifier CA23 : Plus qu'un anti-palu encerclé dans les codes A à K ?</p>	<p>OUI, PLUSIEURS ANTI-PALU MENTIONNÉS 1 NON, SEULEMENT UN ANTI-PALU MENTIONNE 2</p>	<p>1⇒ CA29A 2⇒ CA29B</p>
<p>CA29A. Combien de temps après le début de la fièvre (nom) a-t-il/elle commencé à prendre le premier de (nom de tous les antipaludéens enregistrés à CA23, codes A à K)?</p> <p>CA29B. Combien de temps après le début de la fièvre (nom) a-t-il/elle commencé à prendre le (nom de l'antipaludéen enregistré à CA23, codes A à K) ?</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>	

CA30. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	0, 1 OU 2 ANS1 3 OU 4 ANS2	2⇒ Module suivant
CA31. La dernière fois que (nom) a déféqué, qu'est-e qui a été fait pour se débarrasser des selles ?	ENFANT A UTILISE LES TOILETTES/LATRINES01 MIS/JETE DANS LES TOILETTES/LATRINES.....02 MIS/ JETE DANS LE FOSSE OU RIGOLE03 JETE DANS LES ORDURES (DECHETS SOLIDES)04 ENTERRE.....05 LAISSE A L'AIR LIBRE.....06 AUTRE (préciser) 96 NSP.....98	
UF14. Quelle est votre langue maternelle ?	FRANCAIS 1 KIKONGO.....2 LINGALA.....3 SWAHILI.....4 TSHILUBA5 AUTRE LANGUE (préciser) 6	

UF11. Enregistrer l'heure de la fin de l'entretien.	HEURES ET MINUTES __ : __	
UF12. Langue du questionnaire.	FRANCAIS 1	
UF13. Langue de l'entretien.	FRANCAIS1 KIKONGO.....2 LINGALA.....3 SWAHILI4 TSHILUBA5 AUTRE LANGUE (préciser) 6	
UF15. Est-ce qu'un traducteur a été utilisé pour n'importe quelle partie de ce questionnaire?	OUI, QUESTIONNAIRE ENTIER1 OUI, PARTIES DU QUESTIONNAIRE2 NON, PAS UTILISE3	

UF16. Dire au/à la répondant(e) que vous allez mesurer et peser l'enfant et lui faire un test de sang pour l'anémie et le paludisme 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.

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

OUI ⇒ Aller à UF17 sur le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et encercler '01'. Puis aller au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS à administrer à le/la même répondant(e).

NON ⇒ Vérifier HL6 et colonne HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MÉNAGE, QUESTIONNAIRE MÉNAGE : 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 ⇒ Aller à F17 PANNEAU D'INFORMATION ENFANT DE 5-17 ANS et encercler '01'. Puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANT DE 5-17 ANS à administrer à le/la même répondante.

NON ⇒ Finir l'interview avec ce/cette répondant(e) en le/la remerciant pour sa coopération. Vérifier s'il y a d'autres questionnaires à administrer dans ce ménage.

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRIX

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

E.5. QUESTIONNAIRE ANTHROPOMÉTRIE

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE



QUESTIONNAIRE ANTHROPOMÉTRIE

MICS-PALU RDC 2017-2018



PANNEAU D'INFORMATION DU QUESTIONNAIRE 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 de UB2 : Age. (en années révolues) _____	
AN5. Nom et Numéro de ligne de la mère / gardien(ne) : Nom _____	AN6. Nom et Numéro de l'enquêtrice : Nom _____	
AN6A. Nom et Numéro de l'agent de santé : Nom _____		
ANTHROPOMETRIE		
AN7. Nom et Numéro du mesureur :	NOM..... _____	
AN8. Enregistrer le résultat 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 PRESENT99.3 99.3⇒AN13 ENFANT REFUS.....99.4 99.4⇒AN10 RÉPONDANTE REFUSE99.5 99.5⇒AN10 AUTRE (préciser)99.6 99.6⇒AN10	
AN9. Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum?	OUI1 NON, L'ENFANT N'A PAS PU ETRE DESHABILLE AU MINIMUM2	
AN10. Vérifier AN4 : Age de l'enfant ?	0 OU 1 AN1 1⇒AN11A 2, 3 OU 4 ANS2 2⇒AN11B	
AN11A. L'enfant a moins de 2 ans et doit être mesuré couché. Enregistrer le résultat 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.....999.4 999.4⇒AN13 RÉPONDANTE REFUSE999.5 999.5⇒AN13	
AN11B. L'enfant a au moins 2 ans et doit être mesuré debout. Enregistrer le résultat 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>	AUTRE (préciser) _____ 999.6 999.6⇒AN13	
AN12. Comment est-ce que l'enfant a été mesuré ? Couché ou debout ?	COUCHE.....1 DEBOUT2	
AN13. Date d'aujourd'hui : Jour/ Mois / Année : _____ / _____ /201_____		
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 ?	OUI1 1⇒Prochain enfant NON.....2	
AN15. Remercier la répondante pour sa coopération et informer votre chef d'équipe que le mesureur et vous, avaient fini toutes les mesures de ce ménage.		