



QUESTIONNAIRE DES ENFANTS

PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS		UF
<p><i>Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou les gardien(ne)s (voir la colonne HL8 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir la colonne HL5 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible.</i></p> <p>Inscrire les numéros de grappe et de ménage, et le noms et numéros de ligne de l'enfant et de la mère/gardien(ne) dans l'espace ci-dessous. Inscrire votre nom, votre numéro de code et la date.</p>		
UF1. Numéro de grappe : _____	UF2. Numéro de ménage : _____	
UF3. Nom de l'enfant : _____	UF4. Numéro de ligne de l'enfant : _____	
UF5. Nom de la mère/gardien(ne): _____	UF6. Numéro de ligne de mère/gardien(ne) : _____	
UF7. Nom et numéro de code l'enquêteur : _____	UF8. Jour/Mois/Année de l'interview : ____/____/____/____/____/____/____/____	
UF9. Résultat de l'interview des enfants de moins de 5 ans (Les codes font référence à la mère/gardien(n)e).	Rempli..... 1 Pas à la maison..... 2 Refusé..... 3 Rempli partiellement 4 Incapacité..... 5 Autre (à préciser)..... 6	

Présenter vos salutations à l'enquêtée, si vous ne l'avez pas déjà fait :

Si l'enquêtée vous donne la permission, commencez l'interview. Si l'enquêté (e) n'est pas d'accord pour continuer, il faut la remercier, et passer à l'interview suivante. Discuter ce résultat avec votre Chef d'équipe pour organiser une autre visite.

UF10. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA SANTE DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DONT VOUS AVEZ LA CHARGE, ET QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS. MAINTENANT, JE VEUX VOUS POSER DES QUESTIONS SUR (nom). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E ? Insistez : QUEL EST SA DATE DE NAISSANCE ? Si la mère/gardien(ne) connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; autrement, encrer 98 pour jour.	Date de naissance : Jour NSP jour98 Mois Année	
UF11. QUEL AGE AVAIT (nom) A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ? Inscrire l'âge en années révolues.	Âge en années révolues	

MODULE SUR L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET L'EDUCATION DE LA PETITE ENFANCE		BR
BR1. (Nom) A-T-IL UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu..... 1 Oui, pas vu..... 2 Non 3 NSP..... 8	1⇨BR5
BR2. LA NAISSANCE DE (nom) A-T- ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	1⇨BR5 8⇨BR4
BR3. POURQUOI LA NAISSANCE DE (nom) N'EST-ELLE PAS ENREGISTREE/DECLAREE ?	Ça coûte très cher 1 C'est trop loin 2 Ne savait pas qu'elle devrait être enregistrée.... 3 Ne voulait pas payer d'amende 4 Ne sait pas où l'enregistrer..... 5 Autre (à préciser) 6 NSP..... 8	
BR4. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT?	Oui 1 Non 2	
BR5. Vérifier l'âge de l'enfant à la question UF11: Enfant âge de 3 ou 4 ans		
<input type="checkbox"/> Oui. ⇨ Continuer avec BR6		
<input type="checkbox"/> Non. ⇨ Passer à BR8		
BR6. (Nom) FREQUENTE T-IL/ELLE UN PROGRAMME D'ENCADREMENT EN DEHORS DE LA MAISON OU D'EDUCATION PRESCOLAIRE TEL QU'UN CENTRE PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANT OU UN CENTRE COMMUNAUTAIRE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇨BR8 8⇨BR8
BR7. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURS (nom) A-T-IL/ELLE FREQUENTE CET ENDROIT?	Nombre d'heures.....	
BR8. DES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PARTICIPE OU Y A-T-IL UN MEMBRE DU MENAGE AGE DE PLUS DE 15 ANS QUI A PARTICIPE AVEC (nom) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES : <i>Si Oui,demander : QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC L'ENFANT - LA MERE, LE PERE DE L'ENFANT OU UN AUTRE MEMBRE ADULTE DU MENAGE (Y COMPRIS LE/LA GARDIEN(NE)/ENQUETE(E))? Encercler toutes les réponses.</i>		
BR8A. LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRES AVEC (nom)?	Livres	Mère Père Autre Pers A B X Y
BR8B. RACONTER DES HISTOIRES A (nom)?	Contes	A B X Y
BR8C. CHANTER DES CHANSONS AVEC (nom)?	Chansons	A B X Y
BR8D. PRENDRE (nom) EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR, DE L'ENCEINTE?	Sortir en dehors	A B X Y
BR8E. JOUER AVEC (nom)?	Jouer avec	A B X Y
BR8F. PASSER DU TEMPS AVEC (nom) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER?	Passer du temps	A B X Y

MODULE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT		CE
Question CE1 est à administrer une seule fois à chaque mère/gardien		
<p>CE1. COMBIEN DE LIVRES Y A-T-IL DANS LE MENAGE? S'IL VOUS PLAÎT, INCLURE LES LIVRES SCOLAIRES MAIS PAS LES AUTRES LIVRES POUR ENFANTS TELS QUE LES LIVRES ILLUSTRÉS</p> <p>Si aucun, enregistrer 00</p>	<p>Nombre de livres pour non-enfants...0 __</p> <p>Dix livres pour non-enfants ou plus.. 10</p>	
<p>CE2. COMBIEN DE LIVRES POUR ENFANTS OU DE LIVRES ILLUSTRÉS AVEZ-VOUS POUR (<i>nom</i>)?</p> <p>Si aucun, enregistrer 00</p>	<p>Nombre de livres pour enfants.....0 __</p> <p>Dix livres ou plus..... 10</p>	
<p>CE3. JE SUIS INTERESSE POUR CONNAITRE LES OBJETS QUE (<i>nom</i>) UTILISE POUR JOUER QUAND IL EST A LA MAISON.</p> <p>AVEC QUOI (<i>nom</i>) JOUE?</p> <p>EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC :</p> <p>OBJETS DU MENAGE COMME, VAISSELLES, PLATES, TASSES, POTS?</p> <p>OBJETS ET MATERIELS RAMASSES EN DEHORS DU QUARTIER COMME BRANCHE PIERRE, ANIMAUX, COQUILLE OR FEUILLAGE?</p> <p>JOUETS FABRIQUES A LA MAISON COMME POUPEE, VOITURE ET AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON?</p> <p>JOUETS ACHETES DANS UN MAGASIN?</p> <p>Si la répondante dit "OUI" à une des catégories provoquées sonder pour savoir spécifiquement avec quoi l'enfant joue pour être sur de la réponse</p> <p>Code Y si l'enfant ne joue avec aucun de ces objets mentionnés</p>	<p>Objets pour le ménage (vaisselles, plates, tasses, pots)..... A</p> <p>Objets et matériels trouvés en dehors du quartier comme (branche, pierre, animaux, coquille, feuillage)..... B</p> <p>Jouets fabriqués à la maison (poupée, voiture et autres jouets fabriqués à la maison)..... C</p> <p>Jouets achetés dans un magasin..... D</p> <p>Pas de jouets mentionnés..... Y</p>	
<p>CE4. QUELQUES FOIS LES ADULTES S'OCCUPANT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, LAVÉ LES VÊTEMENTS OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES ENFANTS A D'AUTRES PERSONNES. DEPUIS LE DERNIER (JOUR DE LA SEMAINE) COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A T-IL ÊTÉ LAISSÉ AU SOIN D'UN AUTRE ENFANT (C'EST À DIRE À QUELQU'UN ÂGE DE MOINS DE 10 ANS)?</p> <p>Si aucun enregistrer 00</p>	<p>Nombre de fois __ __</p>	
<p>CE5. DURANT LA SEMAINE DERNIÈRE COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A T-IL ÊTÉ LAISSÉ SEUL?</p> <p>Si aucun enregistrer 00</p>	<p>Nombre de fois __ __</p>	

MODULE SUR LA VITAMINE A		VA
VA1. (Nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLEMENT) COMME CELLE-CI ? <i>Montrez la capsule ou le flacon pour différentes doses :</i> 100 000 UI pour les enfants âgés de 6-11 mois, 200 000 UI pour les enfants âgés de 12-59 mois.	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	2⇒MODU- LE SUIV. 8⇒MODU- LE SUIV.
VA2. CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (nom) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?	Nombre de mois _ _ NSP..... 98	
VA3. OU (nom) AVAIT-IL REÇU CETTE DERNIERE DOSE ?	Au centre de santé lors d'une visite de routine 1 Au centre de santé quand l'enfant était malade 2 Journée Nationale de Vaccination..... 3 Autre (à préciser) 6 NSP..... 8	

MODULE SUR L'ALLAITEMENT		BF
BF1. AVEZ-VOUS ALLAITE (<i>nom</i>) ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BF3 8⇒BF3
BF2. ALLAITEZ-VOUS ENCORE (<i>nom</i>) ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF3. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, A-T-IL/ELLE REÇU L'UNE DES CHOSES SUIVANTES : Lire à haute voix le nom de chaque élément et enregistrer la réponse avant de passer à l'élément suivant. BF3A. SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU MEDICAMENTS ? BF3B. EAU ? BF3C. EAU SUCREE, PARFUMEE OU JUS DE FRUIT OU THE OU INFUSION ? BF3D. SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ? BF3E. PREPARATION POUR BEBES VENDUE COMMERCIALEMENT ? BF3F. LAIT EN BOITE, EN POUVRE OU LAIT FRAIS BF3G. AUTRES LIQUIDES ? BF3H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ?		O N NSP A. Suppléments de vitamines 1 2 8 B. Eau 1 2 8 C. Eau sucrée ou jus 1 2 8 D. SRO 1 2 8 E. Préparation 1 2 8 F. Lait 1 2 8 G. Autres liquides 1 2 8 H. Aliment solide ou semi-solide 1 2 8
BF4. Vérifier BF3H : L'enfant à reçu un aliment solide ou semi-solide (purée) ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec BF5 <input type="checkbox"/> Non ou NSP. ⇒ Passer au Module Suivant		
BF5. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES OU DES PUREES AUTRES QUE DES LIQUIDES? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.	Nombre de fois ____ Ne sait pas 8	

MODULE SUR LES SOINS DES ENFANTS MALADES		CA
<p>CA1. EST-CE-QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHÉE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIÈRE SEMAINE?</p> <p>La diarrhée est déterminée selon la perception de la maladie par la mère ou la gardienne ou trois selles liquides par jour, ou du sang dans les selles.</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>2⇒CA5 8⇒CA5</p>
<p>CA2. DURANT LA DERNIÈRE ÉPISODE DE DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À (<i>nom</i>) L'UNE DES CHOSSES SUIVANTES À BOIRE :</p> <p>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</p> <p>CA2A. UN LIQUIDE PRÉPARÉ À PARTIR D'UN SACHET APPELÉ (<i>nom local du sachet de SRO</i>)? CA2B. UN LIQUIDE MAISON RECOMMANDÉ PAR LE GOUVERNEMENT ? CA2C. UN LIQUIDE SRO PRÉEMBALLÉ ?</p>	<p>O N NSP</p> <p>A. Liquide SRO préparé 1 2 8 B. Liquide maison..... 1 2 8 C. Liquide SRO préemballé..... 1 2 8</p>	
<p>CA3. DURANT LA DIARRHÉE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNÉ À BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p>	<p>Beaucoup moins ou rien..... 1 Environ la même quantité (ou un peu moins) 2 Plus 3 NSP..... 8</p>	
<p>CA4. DURANT LA DIARRHÉE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNÉ À MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p> <p>Si « moins », insister : BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS ?</p>	<p>Rien..... 1 Beaucoup moins 2 Un peu moins 3 Environ la même quantité..... 4 Plus 5 NSP..... 8</p>	
<p>CA4a. Vérifier CA2A : Sachet de SRO utilisé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui.⇒ Continuer avec CA4b <input type="checkbox"/> Non.⇒ Passer à CA5</p>		
<p>CA4B. OU AVEZ-VOUS REÇU LE (<i>nom du sachet de SRO de CA2A</i>) ?</p>	<p>Secteurs médicaux publics Hôpital gouvernemental 11 Centre de santé gouvernemental 12 Poste de santé gouvernemental..... 13 Agent de santé communautaire..... 14 Clinique mobile/communautaire 15 Autre public (<i>à préciser</i>)..... 16</p> <p>Secteurs médicales privées Clinique/Hôpital privé(e) 21 Médecin privé 22 Pharmacie privée 23 Clinique mobile 24 Autre médical privé (<i>à préciser</i>) 26</p> <p>Autre source Parent ou ami 31 Boutique 32 Guérisseur traditionnel 33 Autre (<i>à préciser</i>)..... 96 NSP..... 98</p>	
<p>CA4C. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYÉ POUR LE (<i>nom du sachet de SRO de CA2A</i>) ?</p>	<p>Monnaie locale _____</p> <p>Gratuit 9996 NSP..... 9998</p>	<p>⇒CA5 ⇒CA5</p>

CA4D. SI PAYE, COMMENT JUGEZ-VOUS CE PRIX ?	Abordable 1 Cher 2	
CA5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A SOUFFERT DE LA TOUX, A UN MOMENT QUELCONQUE, DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA12 8⇒CA12
CA6. QUAND (<i>nom</i>) A SOUFFERT DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU AVAIT-IL DES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA12 8⇒CA12
CA7. EST-CE QUE LES SYMPTOMES SONT DUS A UN PROBLEME DANS LA POITRINE, OU LE NEZ QUI ETAIT BOUCHE ?	Problème dans la poitrine 1 Nez bouché 2 Les deux 3 Autre (<i>à préciser</i>) 6 NSP 8	2⇒CA12 6⇒CA12
CA8. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE EN DEHORS DE LA MAISON ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA10 8⇒CA10
CA9. OU AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT ? QUELQUE PART AILLEURS Encercler tous les prestataires mentionnés, mais NE faites PAS de suggestions. <i>S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrire le nom de l'endroit. Insister pour déterminer le type de source et encercle le code approprié.</i> _____ <i>(Nom de l'endroit)</i>	Sources publiques Hôpital gouvernemental A Centre de santé gouvernemental B Poste de santé gouvernemental C Agent de santé villageois D Clinique mobile/communautaire E Autre public (<i>à préciser</i>) H Sources médicales privées Hôpital privé/clinique privée I Médecin privé J Pharmacie privé K Clinique mobile L Autre médical privé (<i>à préciser</i>) O Autre source Parent(e) ou ami(e) P Boutique Q Guérisseur traditionnel R Autre (<i>à préciser</i>) X	
CA10. EST-CE-QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA12 8⇒CA12

<p>CA11. QUEL MEDICAMENT(<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ?</p> <p>Encercler tous les médicaments mentionnés.</p>	<p>Traitement antibiotiqueA</p> <p>Paracetamol/Panadol/AcetaminophenP</p> <p>Aspirine Q</p> <p>IbuprofenR</p> <p>Autre (<i>à préciser</i>) _____ X</p> <p>NSPZ</p>	
<p>CA11a. Vérifier CA11: Antibiotique donné ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA11B</p> <p><input type="checkbox"/> No. ⇒ Passer à CA12</p>		
<p>CA11B. OU AVEZ-VOUS REÇU LES ANTIBIOTIQUES ?</p>	<p>Secteurs médicaux publics</p> <p>Hôpital gouvernemental.....11</p> <p>Centre de santé gouvernemental.....12</p> <p>Poste de santé gouvernemental.....13</p> <p>Agent de santé communautaire.....14</p> <p>Clinique mobile/communautaire15</p> <p>Autre public (<i>à préciser</i>).....16</p> <p>Secteurs privés</p> <p>Clinique/Hôpital privé(e).....21</p> <p>Médecin privé.....22</p> <p>Pharmacie privée.....23</p> <p>Clinique mobile.....24</p> <p>Autre médical _____</p> <p>privé (<i>à préciser</i>).....26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent ou ami.....31</p> <p>Boutique.....32</p> <p>Guérisseur traditionnel.....33</p> <p>Autre (<i>à préciser</i>).....96</p> <p>NSP98</p>	
<p>CA11C. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR LES ANTIBIOTIQUES ?</p>	<p>Monnaie locale _ _ _ _ _</p> <p>Gratuit.....</p> <p>9996</p> <p>NSP9998</p>	<p>2⇒CA122</p> <p>⇒CA12</p>
<p>CA11D. SI PAYE, COMMENT JUGEZ-VOUS CE PRIX ?</p>	<p>Abordable 1</p> <p>Cher 2</p>	
<p>CA12. Vérifier UF11: L'enfant est âgé de moins de 3 ans ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA13</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Passer à CA14</p>		
<p>CA13. LA DERNIERE FOIS QUE (<i>nom</i>) EST ALLE(E) A LA SELLE, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS ?</p>	<p>L'enfant a utilisé les toilettes/latrines 01</p> <p>Jeté dans les toilettes/latrines 02</p> <p>Jeté dans les égouts ou le fossé 03</p> <p>Jeté avec les ordures ménagères 04</p> <p>Enterré 05</p> <p>Laissé à l'air libre 06</p> <p>Autre (<i>à préciser</i>) _____ 96</p> <p>NSP 98</p>	

<p>Poser, à chaque gardien(ne) d'enfant, la question suivante (CA14) seulement une fois.</p> <p>CA14. PARFOIS LES ENFANTS SOUFFRENT DE MALADIES SEVERES ET DEVRAIENT ETRE CONDUITS TOUT DE SUITE A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE. QUELS TYPES DE SYMPTOMES VOUS AMENERAIENT A CONDUIRE IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?</p> <p>Continuer à demander à l'enquêtée de citer plus de signes ou de symptômes jusqu'à ce qu'elle ne soit plus en mesure de le faire. Encercler tous les symptômes mentionnés. Mais NE lui faites PAS de suggestions.</p>	<p>L'enfant ne peut pas boire ou téter.....A L'enfant devient de plus en plus maladeB L'enfant développe une fièvreC L'enfant a une respiration rapideD L'enfant a des difficultés à respirerE L'enfant a du sang dans les selles F L'enfant boit difficilement..... G</p> <p>Autre (à préciser) _____ X Autre (à préciser) _____ Y Autre (à préciser) _____ Z</p>	
---	---	--

MODULE SUR LE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS		ML
ML1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A SOUFFERT, A UN MOMENT QUELCONQUE, DE LA FIEVRE DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A- DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML10 8⇒ML10
ML2. EST-CE- QUE (<i>nom</i>) A ETE VU PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE DURANT CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML6 8⇒ML6
ML3. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME QUI ONT ETE FOURNIS OU PRESCRITS PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML5 8⇒ML5
ML4. QUEL MEDICAMENT FOURNI OU PRESCRIT PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>Encercler les codes de tous les médicaments mentionnés.</i>	Antipaludéens : SP/Fansidar.....A ChloroquineB AmodiaquineC QuinineD Combinaison basée sur l'Artémisinine....E Autre antipaludéen (à préciser) H Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ...P Aspirine Q IbuprofenR Autre (à préciser) X NSP Z	
ML5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒ML7 2⇒ML8 8⇒ML8
ML6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML7. QUEL MEDICAMENT (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>Encercler les codes de tous les médicaments donnés. Demander à voir le médicament si le type de médicament n'est pas connu. Si le type de médicament ne peut être déterminé, montrer des antipaludéens à l'enquêtee.</i>	Antipaludéens : SP/Fansidar.....A ChloroquineB AmodiaquineC QuinineD Combinaison basée sur l'Artémisinine....E Autre antipaludéen (à préciser) H Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ...P Aspirine Q IbuprofenR Autre (à préciser) X NSP Z	
ML8. Vérifier ML4 et ML7: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec ML9 <input type="checkbox"/> No. ⇒ Passer à ML10		

<p>ML9. COMBIEN DE TEMPS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE, (nom) A-T-IL COMMENCE A PRENDRE (nom de l'antipaludéen mentionné à ML4 ou ML7) ?</p> <p><i>S'il y a plusieurs antipaludéens mentionnés à ML4 ou ML7, il faut présenter tous les noms des médicaments antipaludéens mentionnés.</i></p> <p><i>Enregistrer le code du jour où l'antipaludéen a été donné.</i></p>	<p>Même jour 0 Le jour suivant 1 2 jours après la fièvre 2 3 jours après la fièvre 3 4 jours ou plus après la fièvre..... 4</p> <p>NSP 8</p>	
<p>ML9A. OU AVEZ-VOUS REÇU LE (nom de l'antipaludéen à ML4 ou ML7) ?</p> <p>Si plus d'un antipaludéen est mentionné à ML4 ou ML7, il faut se référer au premier antipaludéen mentionné à ML4 ou, si aucun antipaludéen n'est mentionné à ML4, il faut se référer au premier antipaludéen mentionné à ML7.</p>	<p>Secteurs médicaux publics Hôpital gouvernemental.....11 Centre de santé gouvernemental.....12 Poste de santé gouvernemental.....13 Agent de santé communautaire.....14 Clinique mobile/communautaire.....15 Autre public (à préciser)16</p> <p>Secteurs médicaux privés Clinique/Hôpital privé(e).....21 Médecin privé.....22 Pharmacie privée.....23 Clinique mobile.....24 Autre médical privé (à préciser).....26</p> <p>Autre source Parent ou ami.....31 Boutique.....32 Guérisseur traditionnel.....33</p> <p>Autre (à préciser).....96 NSP.....98</p>	
<p>ML9B. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR LE (nom de l'antipaludéen à ML4 ou ML7) ?</p> <p>Si plus d'un antipaludéen est mentionné à ML4 ou ML7, il faut se référer au même antipaludéen mentionne ci-dessus à ML9A.</p>	<p>Monnaie locale _ _ _ _ _</p> <p>Gratuit.....9996 NSP.....9998</p>	
<p>ML9C. SI PAYE, COMMENT JUGEZ-VOUS CE PRIX ?</p>	<p>Abordable 1 Cher 2</p>	
<p>ML10. EST-CE QUE (NOM) A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒MODU- LE SUIV. 8⇒MODU- LE SUIV.</p>
<p>ML11.DEPUIS COMBIEN DE TEMPS VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL LA MOUSTIQUAIRE ?</p> <p><i>Si moins de 1 mois, écrire '00'.</i> <i>Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard.</i></p>	<p>Mois _ _</p> <p>Plus de 24 mois..... 95 Pas sûre 98</p>	

<p>ML12. QUELLE EST LA MARQUE DE CETTE MOUSTIQUAIRE ?</p> <p><i>Si l'enquêtée ne connaît pas la marque de la moustiquaire, montrer des images sur carte, ou si possible observer la moustiquaire.</i></p> <p>MOUSTIQUAIRES PERMANENTES : <i>Marque A</i> <i>Marque B</i></p> <p>MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES : <i>Marque C</i> <i>Marque D</i></p> <p>AUTRES MOUSTIQUAIRES : <i>Marque E</i> <i>Marque F</i></p>	<p>Moustiquaire permanente :</p> <p>Marque A..... 11</p> <p>Marque B..... 12</p> <p>Moustiquaire imprégnée :</p> <p>Marque C 21</p> <p>Marque D 22</p> <p>Autre moustiquaire :</p> <p>Marque E..... 31</p> <p>Marque F..... 32</p> <p>Autre moustiquaire <i>(à préciser Marque)</i> 36</p> <p>NSP Marque..... 98</p>	<p>11⇒MODUL E SUIV. 12⇒MODUL E SUIV. 21⇒ML14 22⇒ML14</p>
<p>ML13. QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ELOIGNER LES MOUSTIQUES ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP /pas sûre 8</p>	
<p>ML14. DEPUIS QUE VOUS AVEZ LA (ES) MOUSTIQUAIRE(S), EST-CE QUE VOUS L'AVEZ (LES AVEZ) TREMPEE(S) OU PLONGEE(S) DANS UN LIQUIDE POUR TUER/ELOIGNER LES MOUSTIQUES OU LES INSECTES ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒MODU- LE SUIV. 8⇒MODU- LE SUIV.</p>
<p>ML15. COMBIEN DE TEMPS S'EST-IL ECOULE DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPEE OU PLONGEE DANS UN LIQUIDE INSECTICIDE POUR LA DERNIERE FOIS ?</p> <p><i>Si moins de 1 mois, écrire '00'.</i> <i>Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard</i></p>	<p>Mois _ _</p> <p>Plus de 24 mois..... 95</p> <p>Pas sûre/NSP..... 98</p>	

MODULE SUR LA VACCINATION		IM							
Si une carte de vaccination est disponible, copiez dans IM2-IM8 les dates de chaque type de vaccin ou de dose de vitamine inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 sont réservées à l'enregistrement des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 seront posées seulement quand il n'y a pas de carte de vaccination disponible.									
IM1. Y A-T-IL UNE CARTE DE VACCINATION POUR (nom)?	Oui, vue 1 Oui, pas vue 2 Non 3	2⇒IM10 3⇒IM10							
(a) Copier les dates des vaccinations pour chaque vaccin à partir de la carte. Écrire '44' dans la colonne 'jour' si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date de vaccination								
	JOUR	MOIS	ANNÉE						
IM2. BCG	BCG								
IM3A. POLIO A LA NAISSANCE	VPO0								
IM3B. POLIO 1	VPO1								
IM3C. POLIO 2	VPO2								
IM3D. POLIO 3	VPO3								
IM4A. DTCoq1	DPCoq1								
IM4B. DTCoq2	DPCoq2								
IM4c. DTCoq3	DPCoq3								
IM5A. HÉPB1 (OU DTCoqHB1)	(DTCoq)H1								
IM5B. HÉPB2 (OU DTCoq HB2)	(DTCoq)H2								
IM5c. HEPB3 (OU DTCoqHB3)	(DTCoq)H3								
IM6. ROUGEOLE (OU MMR)	ROUGEOLE								
IM7. FIEVRE JAUNE	FJ								
IM8A. VITAMINE A (1)	VITA1								
IM8B. VITAMINE A (2)	VITA2								
IM9. EN PLUS DES VACCINATIONS ET DES CAPSULES DE VITAMINE A INSCRITES SUR LA CARTE, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS, Y COMPRIS LES VACCINATIONS FAITES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION? Enregistrer 'Oui' seulement si l'enquêtée mentionne BCG, VPO 0-3, DTCoq 1-3, Hépatite B 1-3, Rougeole, vaccin de Fièvre Jaune, ou des suppléments de Vitamine A.	Oui 1 (Insister sur le type de vaccin et enregistrer '66' dans colonne correspondante au jour en IM2 à IM8B).	1⇒IM19							
	Non 2	2⇒IM19							
	NSP 8	8⇒IM19							
IM10. EST-CE QUE (nom) A REÇU DES VACCINATIONS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION ?	Oui 1	2⇒IM19							
	No 2	2⇒IM19							
	NSP 8	8⇒IM19							

IM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'EPAULE QUI LAISSE, GENERALEMENT, UNE CICATRICE?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
IM12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE VACCINATION SOUS FORME « DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE DES MALADIES - COMME LA POLIO ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒IM15 8⇒IM15
IM13. QUAND LE PREMIER VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE, JUSTE APRES LA NAISSANCE (DANS LES DEUX PREMIERES SEMAINES) OU PLUS TARD ?	Juste après la naissance (dans les 2 semaines).....1 Plus tard.....2	
IM14. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DE LA POLIO A T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois.....__ __	
IM15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION DTCOQ » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE A LA CUISSE OU A LA FESSE- POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE ? (DONNEE QUELQUEFOIS EN MEME TEMPS QUE LES GOUTTES CONTRE LA POLIO).	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒IM17 8⇒IM17
IM16. COMBIEN DE FOIS ?	Nombre de fois.....__ __	
IM17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE » OU MMR - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
IM18. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? (DONNEE QUELQUEFOIS EN MEME TEMPS QUE LA ROUGEOLE).	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAIT, SI (<i>nom</i>) A PARTICIPE A L'UNE DES JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU DE VITAMINE A OU LES JOURNEES DE LA SANTE DE L'ENFANT:		
IM19A. DATE/TYPE DE CAMPAGNE A		O N NSP
IM19B. DATE/TYPE DE CAMPAGNE B	Campagne A.....1	2 8
IM19C. DATE/TYPE DE CAMPAGNE C	Campagne B.....1	2 8
	Campagne C.....1	2 8
IM20. Y a-t-il un autre enfant qui vit dans le ménage dont l'enquêtée est la mère/gardien(ne) ? Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8.		
<input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Fin du présent questionnaire ; et puis Passer au QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS pour l'administrer à l'enfant éligible suivant.		
<input type="checkbox"/> Non. ⇒ Fin de l'interview. Remercier l'enquêté(e) de sa collaboration.		
Si cet enfant est le dernier enfant éligible dans le ménage, passer au MODULE SUR L'ANTHROPOMETRIE.		

MODULE SUR L'ANTHROPOMETRIE		AN
<p>Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le mesureur pèse et mesure chaque enfant. Inscrire 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. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.</p>		
AN1. Poids de l'enfant.	Kilogrammes (kg)..... _ _ . _	
AN2. Taille de l'enfant. Vérifier l'âge de l'enfant en UF11: <input type="checkbox"/> Enfant âgé de moins de 2 ans. ⇒ Mesure de la taille (en position allongée). <input type="checkbox"/> Enfant âgé de 2 ans ou plus. ⇒ Mesure de la taille (en position debout).	Taille (cm) Position allongée..... 1 _ _ . _ Taille (cm) Position debout..... 2 _ _ . _	
AN3. Code d'identification du mesureur.	Numéro de code _ _	
AN4. Résultat des mesures.	Mesuré 1 Absent 2 Refus..... 3 Autre (à préciser) 6	

AN5. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?

Oui. ⇒ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant.

Non. ⇒ Fin de l'interview avec ce ménage. Remercier tous les participants de leur collaboration.

Rassembler tous les questionnaires de ce ménage et vérifier que les numéros d'identification figurent en haut de chaque page. Inscrire le nombre de questionnaires remplis sur la page du Panneau d'Identification du Ménage.