

QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

MICS6-RCA 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 numéro de l'enquêteur : NOM _____	UF6. Nom et Numéro du chef d'équipe : NOM _____	
UF7. Jour/ Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / <u>2 0 1 8</u>	UF8. Enregistrer l'heure de début de l'entretien: HEURES : MINUTES _____ : _____	

Vérifier l'âge du/de la répondant(e) à HL6 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE :

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

UF9. Vérifier les questionnaires complétés dans ce ménage : Avez-vous ou un autre membre de votre équipe déjà interviewé ce répondant sur un autre questionnaire ?	OUI, DEJA INTERVIEWE NON, PREMIERE INTERVIEW 1 ⇨ UF10B 2 ⇨ UF10A
UF10A. Bonjour, je m'appelle (<i>votre Nom</i>). Nous sommes de l' <i>Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales (ICASEES)</i> . Nous menons une enquête sur la situation des enfants, des familles et des ménages. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de (<i>Nom de l'Enfant à UF3</i>). Cet entretien prend habituellement 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 ?	UF10B. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de (<i>Nom de l'Enfant à UF3</i>). Cet entretien prend habituellement 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 ?
OUI..... NON / PAS DEMANDE.....	1 ⇨ <i>Module CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT</i> 2 ⇨ UF17

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

CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS		UB
UB0. Avant que je commence l'interview, pourriez-vous apporter, SVP, <i>le certificat de naissance de (nom), sa carte/son carnet de vaccination ou toute carte de vaccination d'un agent de santé privé ? Nous aurons besoin de nous référer à ces documents.</i>		
UB1. En quel jour, quel mois et quelle année (nom) est-il/elle né(e) ? <i>Insister:</i> Quand est son anniversaire ? Si la mère/gardien(ne) connaît la date de naissance exacte, enregistrer aussi le jour de naissance ; sinon, enregistrer '98' pour jour. Les Mois et Année <u>doivent</u> être enregistrés.	DATE DE NAISSANCE JOUR.....__ __ NSP JOUR98 MOIS.....__ __ ANNEE <u>2 0 1</u> __	
UB2. Quel âge a (nom) ? <i>Insister :</i> Quel âge a eu (nom) à son dernier anniversaire ? Enregistrer l'âge en années révolues. Enregistrer '0', si moins d'un an. Si les réponses à UB1 et UB2 sont incohérentes, insister et corriger.	AGE (EN ANNEES REVOLUES)__	
UB3. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	0, 1, OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2	1 ⇒ UB9
UB4. Vérifier le numéro de ligne du/de la répondant(e) (UF4) et celui du/de la répondant(e) au MENAGE QUESTIONNAIRE (HH47) :	REpondante est la meme, UF4=HH47 1 REpondante n'est pas la meme UF4≠HH47 .. 2	2 ⇒ UB6
UB5. Vérifier ED10 dans le MODULE EDUCATION DU QUESTIONNAIRE MENAGE : est-ce que l'enfant fréquente un programme d'éducation pré-primaire pendant l'année scolaire actuelle ?	OUI, ED10=0 1 NON, ED10≠0 OU VIDE..... 2	1 ⇒ UB8B 2 ⇒ UB9
UB6. Est-ce que (nom) a déjà fréquenté un programme d'éducation préscolaire, tel que office/jardin d'enfant ou l'école maternelle ?	OUI 1 NON 2	2 ⇒ UB9
UB7. A n'importe quel moment depuis septembre 2018, a-t-il/elle assisté à (programmes mentionnés à UB6) ?	OUI 1 NON 2	1 ⇒ UB8A 2 ⇒ UB9
UB8A. Est-ce qu'il/elle fréquente actuellement (programme mentionné à UB6) ? 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 ?	OUI 1 NON 2	
UB9. Est-ce que (nom) est couvert(e) par une assurance santé ?	OUI 1 NON 2	2 ⇒ Fin
UB10. Par quel type d'assurance santé (nom) est-il/elle couvert(e) ? <i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i>	ORGANISATION MUTUELLE DE SANTE / ASSURANCE SANTE A BASE COMMUNAUTAIRE A ASSURANCE SANTE DE L'EMPLOYEUR B SECURITE SOCIALE C AUTRE ASSURANCE SANTE COMMERCIALE PRIVEE ACHETEE D AUTRE (préciser) X	

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

DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE				EC																																		
<p>EC1. Combien de livres d'enfants ou de livres d'images avez-vous pour (<i>nom</i>) ?</p>	<p>AUCUN 00</p> <p>NOMBRE DE LIVRES POUR ENFANTS <u>0</u></p> <p>10 LIVRES OU PLUS 10</p>																																					
<p>EC2. Je voudrais savoir avec quoi (<i>nom</i>) 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>O N NSP</p> <p>JOUETS FABRIQUES A LA MAISON.....1 2 8</p> <p>JOUETS D'UN MAGASIN1 2 8</p> <p>OBJETS DU MENAGE OU DE 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 passée, combien de jours (<i>nom</i>) 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>AGE 0 OU 1 OU 2 ANS 1</p> <p>AGE 3 OU 4 ANS.....2</p>		1 ⇒Fin																																			
<p>EC5. Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du ménage de 15 ans ou plus, participé avec (<i>nom</i>) à l'une des activités suivantes :</p> <p><i>Si 'Oui', demander :</i> Qui a participé à cette activité avec (<i>nom</i>) ?</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>Enregistrer tout ce qui s'applique.</i></p> <p><i>'PERSONNE' ne peut pas être enregistré s'il y a un membre du ménage de plus de 15 ans qui a participé à cette activité avec l'enfant.</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>MERE</th> <th>PERE</th> <th>AUTRE</th> <th>PERSONNE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (<i>nom</i>) ?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[B] Raconter des histoires à (<i>nom</i>) ?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[C] Chanter des chansons avec ou à (<i>nom</i>), y compris des berceuses ?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[D] Emmener (<i>nom</i>) en dehors de la maison ?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[E] Jouer avec (<i>nom</i>) ?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[F] Nommer, compter ou dessiner des choses avec (<i>nom</i>) ?</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		MERE	PERE	AUTRE	PERSONNE	[A] Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (<i>nom</i>) ?	A	B	X	Y	[B] Raconter des histoires à (<i>nom</i>) ?	A	B	X	Y	[C] Chanter des chansons avec ou à (<i>nom</i>), y compris des berceuses ?	A	B	X	Y	[D] Emmener (<i>nom</i>) en dehors de la maison ?	A	B	X	Y	[E] Jouer avec (<i>nom</i>) ?	A	B	X	Y	[F] Nommer, compter ou dessiner des choses avec (<i>nom</i>) ?	A	B	X	Y		
	MERE	PERE	AUTRE	PERSONNE																																		
[A] Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (<i>nom</i>) ?	A	B	X	Y																																		
[B] Raconter des histoires à (<i>nom</i>) ?	A	B	X	Y																																		
[C] Chanter des chansons avec ou à (<i>nom</i>), y compris des berceuses ?	A	B	X	Y																																		
[D] Emmener (<i>nom</i>) en dehors de la maison ?	A	B	X	Y																																		
[E] Jouer avec (<i>nom</i>) ?	A	B	X	Y																																		
[F] Nommer, compter ou dessiner des choses avec (<i>nom</i>) ?	A	B	X	Y																																		

<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 (<i>nom</i>) connaît ou peut citer au moins dix lettres de l'alphabet ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	
<p>EC7. Est-ce que (<i>nom</i>) peut lire au moins 4 mots simples et courants ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	
<p>EC8. Est-ce que (<i>nom</i>) connaît les noms et les symboles des chiffres de 1 à 10 ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	
<p>EC9. Est-ce que (<i>nom</i>) peut attraper par terre un petit objet avec deux doigts, tel un bâton ou un caillou ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	
<p>EC10. Est-ce que (<i>nom</i>) est parfois trop malade pour jouer ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	
<p>EC11. Est-ce que (<i>nom</i>) est capable de suivre de simples instructions sur comment faire quelque chose correctement ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	
<p>EC12. Quand on donne quelque chose à faire à (<i>nom</i>) est-il/elle capable de le faire de manière indépendante ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	
<p>EC13. Est-ce que (<i>nom</i>) s'entend bien avec les autres enfants ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	
<p>EC14. Est-ce que (<i>nom</i>) donne des coups de pieds, mord, ou frappe les autres enfants ou les adultes ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	
<p>EC15. Est-ce que (<i>nom</i>) est facilement distrait ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	

VITAMINE A		VA
VA1. (Nom) A-t-il/elle déjà reçu une capsule de vitamine A (supplément) comme celle-ci ? <i>Montrez la capsule ou le flacon pour différente dose : 100 000 UI pour les enfants âgés de 6-11 mois 200 000 UI pour les enfants âgés de 12-59 mois.</i>	<i>Oui</i> 1 <i>Non</i> 2 <i>NSP</i> 8	2 ⇒ <i>Fin</i> 8 ⇒ <i>Fin</i>
VA2. Cela fait combien de temps que (nom) a pris la dernière dose ?	Nombre de mois __ __ NSP 98	
VA3. Ou (nom) avait-il/elle reçu cette dernière 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 (<i>à préciser</i>) __ NSP	

DEPARASITAGE		DE
DE1. (Nom) A-t-il/elle déjà reçu un médicament (comprimé ou sirop) pour se déparasiter (Albendazole ou Mebendazole) ? <i>Montrez les comprimés pour différente doses</i>	<i>Oui</i> 1 <i>Non</i> 2 <i>NSP</i> 8	 2 ⇒ <i>Fin</i> 8 ⇒ <i>Fin</i>
DE2. Cela fait combien de mois que (nom) a pris la dernière dose ?	Nombre de mois __ __ NSP 98	
DE3. Ou (nom) avait-il/elle reçu cette dernière 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 (<i>à préciser</i>) __ NSP	

DISCIPLINE DE L'ENFANT		UCD
UCD1. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	0 AN 1 1, 2, 3 OU 4 ANS..... 2	1 ⇒ Fin
<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 <u>vous ou n'importe quel autre membre de votre ménage</u> avez/a utilisé une de ces méthodes avec (nom) <u>au cours du mois dernier</u>.</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 n'est pas bien.</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/la) frapper ou (le/la) taper sur les fesses à main 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>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 / GIFLER SUR LE VISAGE, TETE 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>	
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 ?	OUI 1 NON..... 2	2 ⇒ 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 ?	OUI 1 NON..... 2	1 ⇒ Fin
UCD5. Pensez-vous que pour élever ou éduquer correctement un enfant, il est nécessaire qu'il soit puni physiquement ?	OUI..... 1 NON 2 NSP / PAS D'OPINION 8	

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT		UCF
UCF1. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	0 OU 1 AN.....1 2, 3 OU 4 ANS.....2	1 ⇨ Fin
UCF2. Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur les difficultés que (<i>Nom</i>) peut connaître : (<i>Nom</i>) porte-t-il/elle des lunettes ?	OUI.....1 NON2	
UCF3. (<i>Nom</i>) utilise-t-il/elle une prothèse auditive ?	OUI.....1 NON2	
UCF4. (<i>Nom</i>) utilise-t-il/elle un équipement ou reçoit t-il/elle de l'assistance pour marcher ?	OUI.....1 NON2	
UCF5. Pour les questions suivantes, je vous demanderai de répondre en sélectionnant une réponse parmi quatre réponses possibles. Pour chaque question diriez-vous que (<i>nom</i>) a 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) si il/elle ne peut pas du tout faire l'activité. <i>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 Diriez-vous que (<i>nom</i>) a : 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) ne peut pas du tout faire l'activité ?		
UCF6. Vérifier UCF2 : Enfant porte des lunettes ?	OUI, UCF2=11 NON, UCF2=2.....2	1 ⇨ UCF7A 2 ⇨ UCF7B
UCF7A. Lorsqu'il/elle porte ses lunettes, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à voir ? UCF7B. (<i>Nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à voir ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT VOIR.....4	
UCF8. Vérifier UCF3 : Enfant porte une prothèse auditive ?	OUI, UCF3=11 NON, UCF3=2.....2	1 ⇨ UCF9A 2 ⇨ UCF9B
UCF9A. Lorsqu'il/elle utilise sa prothèse auditive, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ? UCF9B. (<i>Nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES2 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=2.....2	1 ⇨ UCF11 2 ⇨ UCF13
UCF11. Sans son équipement ou sans assistance, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à marcher ?	QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER.....4	
UCF12. Avec son équipement ou assistance, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à marcher ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER.....4	1 ⇨ UCF14 2 ⇨ UCF14 3 ⇨ UCF14 4 ⇨ UCF14
UCF13. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à marcher ?	AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER.....4	

<p>UCF14. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à saisir des petits objets avec sa main ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT SAISIR.....4</p>	
<p>UCF15. (<i>Nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à vous comprendre ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT COMPRENDRE4</p>	
<p>UCF16. Lorsque (<i>nom</i>) parle, avez-vous des difficultés à le/la comprendre ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT ETRE COMPRIS4</p>	
<p>UCF17. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à apprendre des choses ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT APPRENDRE4</p>	
<p>UCF18. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à jouer ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT JOUER4</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, (<i>nom</i>) donne-t-il/elle des coups de pied, mord-il/elle ou frappe-t-il/elle les autres enfants ou les adultes ?</p> <p>Diriez-vous : pas du tout, moins, la même chose, plus ou beaucoup plus ?</p>	<p>PAS DU TOUT.....1 MOINS2 LA MEME CHOSE3 PLUS4 BEAUCOUP PLUS5</p>	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE		BD		
BD1. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	0, 1, OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2	2 ⇒ Fin		
BD2. Est-ce que (<i>nom</i>) a été allaité ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	2 ⇒ BD3 A 8 ⇒ BD3 A		
BD3. Est-ce que (<i>nom</i>) est toujours allaité ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8			
BD3A. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?	AGE 0 OU 1 AN 1 AGE 2 ANS 2	2 ⇒ Fin		
BD4. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu quelque chose au biberon ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8			
BD5. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu des <u>Sels de Réhydratation Orales</u> ou <u>SRO</u> ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8			
BD6. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu ou mangé des <u>vitamines</u> ou des <u>suppléments minéraux</u> ou n'importe quel <u>médicament</u> ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8			
BD7. Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les autres liquides que (<i>nom</i>) pourrait avoir pris hier durant le jour ou la nuit. SVP, inclure aussi tous les liquides consommés en dehors de la maison. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu (<i>nom du breuvage</i>) :				
[A] De l'eau simple ?	EAU SIMPLE	OUI	NON	NSP
[A1] Du thé, du café, du chocolat chaud ou de la tisane	THE, CAFE, CHOCOLAT CHAUD, TISANES	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] Bouillon/ soupe clair(e) de viande/poisson ou de légumes?	BOUILLON CLAIR	1	2	8
[D] Du lait maternisé tel que Nursie, Blédine, Gallia, Blédilait, Nan, Guigoz?	LAIT MATERNISE	1	2 ⚡	8 ⚡
[D1] Combien de fois (<i>nom</i>) 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 ⚡	8 ⚡
			BD7[E]	BD7[E]
			BD7[X]	BD7[X]

[E1] Combien de fois (nom) a-t-il bu du lait ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	NOMBRE DE FOIS BU DU LAIT..... __			
[X] N'importe quels autres liquides tels que l'eau sucrée, les boissons gazeuses, vin de palme, « bilibili », ou autres etc. ?	AUTRES LIQUIDES	1	2 ☹ BD8	8 ☹ BD8
[X1] <i>Enregistrer tous les autres liquides mentionnés.</i>	<i>(Préciser) _____</i>			
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 ? <i>Si 'Oui' demander : SVP, dites-moi tout ce que (nom) a mangé à ce moment-là. Insister : Rien d'autre ? Enregistrer les réponses en utilisant les groupes d'aliments ci-dessous.</i> - Qu'est-ce que (nom) a fait après cela ? Est-ce qu'il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ? <i>Répéter cette série de questions, enregistrer les réponses dans les groupes d'aliments jusqu'à ce que le/la répondant(e) vous dise que l'enfant est allé dormir jusqu'au lendemain matin.</i>				
<i>Pour chaque groupe d'aliments non mentionné après avoir fini la question au-dessus, demander :</i> Juste pour être sûre, est-ce que (nom) a mangé (groupe d'aliments) hier durant le jour ou la nuit ?		OUI	NON	NSP
[A] Du yaourt fait avec du lait d'animal ? <i>Noter que yaourt liquide /à boire doit être capturé à BD7[E] ou à BD7[X] dépendant de contenu du lait.</i>	YAOURT	1	2 ☹ BD8[B]	8 ☹ BD8[B]
[A1] Combien de fois (nom) a-t-il/elle mangé du yaourt ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	NOMBRE DE FOIS MANGE YAOURT __			
[B] De la nourriture pour bébé telle que Nursie, Blédine, Gallia, Blédilait, Nan,Guigoz etc. ?	NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBE	1	2	8
[C] Du mil, du pain, du riz, des pâtes alimentaires, pâte de farine de maïs humide ou « coulou », sorgho, semoule, ou autres aliments à base de grains ?	NOURRITURE A BASE DE CEREALES	1	2	8
[D] Courge, carotte, citrouille, patate douce qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, ETC.	1	2	8
[E] Des pommes de terre, de l'igname, du taro du manioc, de la patate douce a chair blanche ou autre nourriture à base de tubercules ?	NOURRITURE A BASE DE TUBERCULES	1	2	8
[F] N'importe quels légumes à feuilles vert foncé comme les feuilles d'amarante douce (gboudou), gombo (véké), Coco, mbounou, « ngbein », oseille (carakanzi), haricot/haricot vert, épinard, moringa?	LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE	1	2	8
[G] Mangues mures ou des papayes mures, fruit de la passion, goyave, carambole, avocat, carotte, courges, patate douce de chair rouge ou orangée, citrouille, huile de palme (huile rouge)?	MANGUE MURE, PAPAYE MURE, GOYAVE, AVOCAT	1	2	8
[H] Tout autre fruit et légume, comme Citron, orange, pastèque, pomme Cythère, chou, chou-fleur, ananas ?	AUTRE FRUITS OU LEGUMES	1	2	8

[I] Du foie, des rognons, du cœur ou autres abats ?	ABATS	1	2	8
[J] Toute autre viande comme du bœuf, du porc, de l'agneau, de la chèvre/cabri, du poulet, du canard, de la pintade, du pigeon, dinde, de la perdrix, caille ou des saucisses faites de ces viandes ?	AUTRES VIANDES	1	2	8
[K] Des œufs de poule, canard, pigeon, dinde, perdrix, caille etc.?	OEUFS	1	2	8
[L] Du poisson ou des crustacés, frais ou séchés, les huitres, escargots et les crevettes ?	POISSON FRAIS OU SECHE	1	2	8
[M] Des haricots, petits pois, soja, lentilles ou noix (arachides, amandes, etc.) y compris toute préparation faite avec ces aliments ?	NOURRITURES A BASE DE HARICOTS, POIS, NOIX, ETC.	1	2	8
[N] Du fromage ou autre aliment fait avec du lait animal ?	FROMAGE OU AUTRE ALIMENT A BASE DE LAIT	1	2	8
[O] Des chenilles, grenouille, termites aillées (Bôbô), grillon, criquet (kinda-gôzô)	CHENILLES, TERMITES AILES	1	2	8
[P] Des aliments thérapeutiques prêt à l'emploi qu'on donne aux enfants pour soigner la malnutrition tel que plumpy-nut et plumpy-sup	PLUMPY-NUT ET PLUMPY-SUP	1	2	8
[X] Autre aliment solide, semi-solide ou mou ?	AUTRE ALIMENT SOLIDE, SEMI-SOLIDE OU MOU	1	2 ⁸ <i>BD9</i>	8 ⁸ <i>BD9</i>
[X1] <i>Enregistrer tous les aliments solides, semi-solides ou mous qui ne correspondent pas aux groupes d'aliments ci-dessus.</i>	(Préciser) _____			
BD9. Combien de fois (<i>nom</i>) a t-il/elle mangé des aliments solides, semi-solides ou mou hier durant le jour et la nuit ? <i>Si BD8[A] est 'Oui', s'assurer que les réponses ici incluent le nombre de fois enregistré pour le yaourt en BD8[A1].</i> <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	NOMBRE DE FOIS__ NSP..... 8			

VACCINATIONS										IM
IM1. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?		0, 1, OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2							2 ⇒ Fin	
IM2. Avez-vous un(e) carnet/carte de vaccinations ou un document d'un agent de santé privé où les vaccinations de (<i>nom</i>) sont enregistrées ?		OUI, A SEULEMENT UN CARNET/CARTE.....1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT ..2 OUI, A CARNET/CARTE ET AUTRE DOCUMENT3 NON, N'A NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT4							1 ⇒ IM5 3 ⇒ IM5	
IM3. Avez-vous déjà eu un(e) carnet/carte de vaccinations ou un document d'un agent de santé privé pour (<i>nom</i>) ?		OUI.....1 NON2								
IM4. Vérifier IM2 :		A SEULEMENT AUTRE DOCUMENT, IM2=2.....1 NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT DISPONIBLE, IM2=4.....2							2 ⇒ IM11	
IM5. Puis-je voir le carnet/la carte (et/ou) l'autre document ?		OUI, CARNET/CARTE SEULEMENT VU 1 OUI, AUTRE DOCUMENT SEULEMENT VU 2 OUI, CARNET/CARTE ET AUTRE DOCUMENT VUS..... 3 NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT VU 4							4 ⇒ IM11	
IM6. (a) Copier les dates de chaque vaccination à partir de la/le carte/carnet ou du document. (b) Ecrire '44' dans la colonne jour si la/le carte/carnet/document montre que la vaccination a été donnée mais la date n'est pas enregistrée.		DATE DE VACCINATION								
		JOUR		MOIS		ANNEE				
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 (DTCOq /Hib/ HepB) 1	Penta1					2	0	1		
Pentavalent (DTCOq /Hib/ HepB) 2	Penta2					2	0	1		
Pentavalent (DTCOq /Hib/ HepB) 3	Penta3					2	0	1		
Pneumocoque (Conjugué) 1	PCV13-1					2	0	1		
Pneumocoque (Conjugué) 2	PCV13-2					2	0	1		
Pneumocoque (Conjugué) 3	PCV13-3					2	0	1		
Rougeole	VAR					2	0	1		
Fièvre jaune	VAA					2	0	1		

IM7. Vérifier IM6 : Tous les vaccins (BCG à FJ) enregistrés ?	OUI1 NON.....2	1 ⇒Fin
IM8. Est-ce que (nom) a participé aux campagnes de vaccination, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l'enfant suivantes :		
[A] JNV, Rougeole Mars-Avril 2016	JNV ROUGEOLE MARS-AVRIL 20161 2 8	
[B] JNV Polio, Mai-Juin 2017	JNV POLIO MAI-JUIN 20171 2 8	
[C] JNV, Méningite, Avril-Mai 2017	JNV MENINGITE AVRIL-MAI 20171 2 8	
[D] JNV Polio, Septembre 2017	JNV POLIO SEPTEMBRE 2017.....1 2 8	
[E] JNV, Polio, Novembre 2017	JNV POLIO NOVEMBRE 20171 2 8	
[F] JNV, Polio, Septembre 2018	JNV POLIO SEPTEMBRE 2018.....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, les journées nationales ou locales de vaccination ou journées de santé de l'enfant qu'on vient de mentionner ?	OUI1 NON.....2 NSP8	2 ⇒Fin 8 ⇒Fin
IM10. Retourner à IM6 et insister pour ces vaccinations. <i>Enregistrer '66' dans la colonne jour correspondante pour chaque vaccin reçu.</i> <i>Pour les vaccinations pas reçues, enregistrer '00'.</i> <i>Quand c'est fait, aller à la fin du module.</i>		⇒Fin
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 de vaccination, des journées nationales de vaccination ou journées de santé de l'enfant ?	OUI1 NON.....2 NSP8	
IM12. Est-ce que (nom) a participé aux campagnes, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l'enfant suivantes :		
[A] JNV, Rougeole Mars-Avril 2016	JNV ROUGEOLE MARS-AVRIL 20161 2 8	
[B] JNV Polio, Mai-Juin 2017	JNV POLIO MAI-JUIN 20171 2 8	
[C] JNV, Méningite, Avril-Mai 2017	JNV MENINGITE AVRIL-MAI 20171 2 8	
[D] JNV Polio, Septembre 2017	JNV POLIO SEPTEMBRE 2017.....1 2 8	
[E] JNV, Polio, Novembre 2017	JNV POLIO NOVEMBRE 20171 2 8	
[F] JNV Polio, Septembre 2018	JNV POLIO SEPTEMBRE 2018.....1 2 8	
IM13. Vérifier IM11 et IM12 :	TOUT NON OU NSP1 AU MOINS UN OUI2	1 ⇒Fin
IM14. Est-ce que (nom) a déjà reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose – c'est-à-dire une injection faite dans le bras ou l'épaule et qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI1 NON.....2 NSP8	

<p>IM16. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu un vaccin sous forme de gouttes dans la bouche pour le/la protéger contre la polio ?</p> <p><i>Insister en indiquant que la première goutte est généralement donnée à la naissance et les autres en même temps que des injections contre d'autres maladies.</i></p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇨ IM20 8 ⇨ IM20</p>
<p>IM17. Est-ce que les premières gouttes de Polio ont été données dans les 2 premières semaines après la naissance ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	
<p>IM18. Combien de fois les gouttes de Polio ont été données ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS _ NSP 8</p>	
<p>IM19. La dernière fois que (<i>nom</i>) a reçu des gouttes de Polio, est-ce qu'il/elle a également reçu une injection pour le/la protéger contre la Polio ?</p> <p><i>Insister pour s'assurer que les deux, gouttes et injection, ont été données.</i></p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	
<p>IM20. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin Pentavalent – c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour l'empêcher d'attraper le tétanos, la coqueluche, la diphtérie, l'hépatite B et l'Haemophilus influenzae de type b?</p> <p><i>Insister en indiquant que le vaccin Pentavalent est parfois donné en même temps que les gouttes de Polio.</i></p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇨ IM22 8 ⇨ IM22</p>
<p>IM21. Combien de fois le vaccin Pentavalent a été donné ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS _ NSP 8</p>	
<p>IM22. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin Pneumocoque Conjugué - PCV – c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour l'empêcher d'attraper une maladie pneumococcique, y compris les infections d'oreille et la méningite causée par le pneumocoque?</p> <p><i>Insister en indiquant que le vaccin PCV est parfois donné en même temps que le Pentavalent</i></p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇨ IM26B 8 ⇨ IM26B</p>
<p>IM23. Combien de fois le vaccin Pneumocoque Conjugué PCV13 a été donné ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS _ NSP 8</p>	
<p>IM26B. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin VAR – c'est-à-dire une injection dans le bras et précisément dans la face externe de la partie supérieure du bras à l'âge de 9 mois ou plus pour l'empêcher d'attraper la rougeole?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇨ IM27 8 ⇨ IM27</p>
<p>IM27. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin VAA contre la fièvre jaune – c'est-à-dire une injection dans le bras 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 VAR.</i></p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	

TRAITEMENT DES MALADIES

CA

<p>CA1. Est-ce que (<i>nom</i>) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇒ CA14 8 ⇒ CA14</p>
<p>CA2. Vérifier BD3 : Est-ce que l'enfant est toujours allaité ?</p>	<p>OUI OU BLANC, BD3=1 OU BLANC 1 NON OU NSP, BD3=2 OU 8 2</p>	<p>1 ⇒ CA3A 2 ⇒ CA3B</p>
<p>CA3A. Je voudrais savoir quelle quantité de liquides à boire a été donnée à (<i>nom</i>) durant sa diarrhée. Ceci inclut le lait maternel, les Sels de Réhydratation Orale (SRO) et les autres liquides donnés avec des médicaments.</p> <p>Pendant que (<i>nom</i>) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p><i>Si 'moins', 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 ?</p> <p>CA3B. Je voudrais savoir quelle quantité de liquides à boire a été donnée à (<i>nom</i>) durant sa diarrhée. Ceci inclut les Sels de Réhydratation Orale (SRO) et les autres liquides donnés avec des médicaments.</p> <p>Pendant que (<i>nom</i>) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p><i>Si 'moins', 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 ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 A PEU PRES LA MEME CHOSE 3 PLUS 4 RIEN A BOIRE 5 NSP 8</p>	
<p>CA4. Pendant que (<i>nom</i>) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?</p> <p><i>Si 'moins', insister :</i> Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à manger que d'habitude, ou un peu moins à manger que d'habitude ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 A PEU PRES LA MEME CHOSE 3 PLUS 4 A STOPPE L'ALIMENTATION 5 N'A JAMAIS DONNE A MANGER 7 NSP 8</p>	
<p>CA5. Avez-vous recherché des conseils ou un traitement contre la diarrhée de n'importe quelle source ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇒ CA7 8 ⇒ CA7</p>
<p>CA6. Où avez-vous cherché des conseils ou un traitement ?</p> <p><i>Insister :</i> quelque part d'autre ?</p> <p>Enregistrer tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</p> <p>Insister pour identifier chaque type de fournisseur.</p> <p><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé</u>, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC 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 (préciser) H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE / CLINIQUE I MEDECIN PRIVE J PHARMACIE PRIVEE K AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL) L CLINIQUE MOBILE M AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser) O</p> <p>AUTRE SOURCE FAMILLE/AMIS P BOUTIQUE / MARCHÉ / RUE Q PRATICIEN TRADITIONNEL R AUTRE (préciser) X</p>	

<p>CA7. Quand (<i>nom</i>) a eu la diarrhée est-ce qu'il a eu :</p> <p>[A] Une SRO faite à partir d'un sachet spécial appelé SRO ?</p> <p>[B] Un liquide de SRO déjà préparé dans un sachet de SRO ?</p> <p>[C] Du Zinc en comprimés ou en sirop ?</p> <p>[D] Eau de riz ?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>SACHET DE SRO1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO DEJA PREPARE1 2 8</p> <p>ZINC COMPRIMES OU SIROP1 2 8</p> <p>EAU DE RIZ1 2 8</p>	
<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. Où 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><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTALA</p> <p>CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTALB</p> <p>POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTALC</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRED</p> <p>CLINIQUE MOBILE / STRATEGIE AVANCEEE</p> <p>AUTRE MEDICAL PUBLIC (<i>préciser</i>)H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUEI</p> <p>MEDECIN PRIVEJ</p> <p>PHARMACIE PRIVEEK</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE(NON GOUVERNEMENTAL).....L</p> <p>CLINIQUE MOBILEM</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (<i>préciser</i>)O</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE / AMISP</p> <p>BOUTIQUE / MARCHE / RUEQ</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNELR</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>)X</p> <p>NSP / NE SE RAPPELLE PASZ</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. Où 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><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTALA</p> <p>CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTALB</p> <p>POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTALC</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRED</p> <p>CLINIQUE MOBILE / STRATEGIE AVANCEEE</p> <p>AUTRE MEDICAL PUBLIC (<i>préciser</i>)H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUEI</p> <p>MEDECIN PRIVEJ</p> <p>PHARMACIE PRIVEEK</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE(NON GOUVERNEMENTAL).....L</p> <p>CLINIQUE MOBILEM</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (<i>préciser</i>)O</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE / AMISP</p> <p>BOUTIQUE / MARCHE / RUEQ</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNELR</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>)X</p> <p>NSP / NE SE RAPPELLE PASZ</p>	
<p>CA12. Est-ce que quelque chose d'autre a été donné pour traiter la diarrhée ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NSP8</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 :</i> Rien d'autre ?</p> <p><i>Enregistrer tous les traitements donnés. Ecrire le nom/marque de tous les médicaments donnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom/marque)</p> <p>_____</p> <p>(Nom/marque)</p>	<p>COMPRIMES OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITE (ANTI-DIARRHEIQUE) B AUTRE COMPRIME OU SIROP G COMPRIME OU SIROP INCONNU H</p> <p>INJECTION ANTIBIOTIQUE L PAS ANTIBIOTIQUE M 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 été malade avec de la fièvre ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒ CA16 8 ⇒ CA16</p>
<p>CA15. A 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 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 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 NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒ CA19 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 NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT 2</p> <p>LES DEUX 3</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 6 NSP 8</p>	<p>1 ⇒ CA20 2 ⇒ CA20 3 ⇒ CA20 6 ⇒ CA20 8 ⇒ CA20</p>
<p>CA19. Vérifier CA14 : est-ce que l'enfant a eu de la fièvre ?</p>	<p>OUI, CA14=1 1 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 NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒ CA22 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>Enregistrer tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</p> <p>Insister pour identifier chaque type de fournisseur.</p> <p><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC 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 (<i>préciser</i>) H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE / CLINIQUE I MEDECIN PRIVE J PHARMACIE PRIVEE K AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL) L CLINIQUE MOBILE M AUTRE MEDICAL PRIVE (<i>préciser</i>) O</p> <p>AUTRE SOURCE FAMILLE / AMIS P BOUTIQUE / MARCHE / RUE Q PRATICIEN TRADITIONNEL R</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 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</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒ CA30 8 ⇒ CA30</p>

<p>CA23. Quel médicament (<i>nom</i>) a t-il/elle reçu ?</p> <p><i>Insister :</i> Rien d'autre ?</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>_____ (Nom/marque)</p> <p>_____ (Nom/marque)</p>	<p>ANTI-PALUDIQUES COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISININE (CTA) A SP / FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D QUININE EN COMPRIMES E EN INJECTION/ IV F ARTESUNATE EN SUPPOSITOIRE G AUTRE INJECTION / IV H AUTRE ANTI-PALUDIQUE (<i>préciser</i>) K</p> <p>ANTIBIOTIQUES AMOXICILLINE L COTRIMOXAZOLE M AUTRES COMPRIMES AU SIROP ANTIBIOTIQUE N AUTRE INJECTION / IV ANTIBIOTIQUE O</p> <p>AUTRE MEDICAMENTS PARACETAMOL / PANADOL / ACETAMINONPHEN R ASPIRINE S IBUPROFEN T</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 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 (<i>nom du médicament de CA23, codes L à O</i>) ?</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><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></p> <p>_____ (Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC 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 (<i>préciser</i>) H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE / CLINIQUE I MEDECIN PRIVE J PHARMACIE PRIVEE K AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL) L CLINIQUE MOBILE M AUTRE MEDICAL PRIVE (<i>préciser</i>) O</p> <p>AUTRE SOURCE FAMILLE / AMIS P BOUTIQUE / MARCHE / RUE Q PRATICIEN TRADITIONNEL R</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) X NSP / NE SE RAPPELLE PAS Z</p>	
<p>CA26. Vérifier CA23 : Antipaludéens mentionnés ?</p>	<p>OUI, ANTIPALUDEENS MENTIONNES, CA23=A-K 1 NON, ANTIPALUDEENS PAS MENTIONNES 2</p>	<p>2 ⇒ CA30</p>

<p>CA27. Ou avez-vous obtenu (<i>nom du médicament de CA23, codes A à K</i>) ?</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><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC 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 (<i>préciser</i>) _____ H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE / CLINIQUE..... I MEDECIN PRIVE J PHARMACIE PRIVEE..... K AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL) L CLINIQUE MOBILE M AUTRE MEDICAL PRIVE (<i>préciser</i>) _____ O</p> <p>AUTRE SOURCE FAMILLE / AMIS..... P BOUTIQUE / MARCHÉ / RUE..... Q PRATICIEN TRADITIONNEL..... R</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) _____ X NSP / NE SE RAPPELLE PAS..... Z</p>	
<p>CA28. Vérifier CA23 : Plus qu'un antipaludéen enregistré dans les codes A à K ?</p>	<p>OUI, PLUSIEURS ANTIPALUDEENS MENTIONNES 1 NON, SEULEMENT UN ANTIPALUDEEN MENTIONNE 2</p>	<p>1 ⇒ CA29A 2 ⇒ CA29B</p>
<p>CA29A. Combien de temps après le début de la fièvre (<i>nom</i>) a-t-il/elle commencé à prendre le premier de (<i>nom de tous les antipaludéens enregistrés à CA23, codes A à K</i>) ?</p> <p>CA29B. Combien de temps après le début de la fièvre (<i>nom</i>) a-t-il/elle commencé à prendre le (<i>nom de l'antipaludéen enregistré à CA23, codes A à K</i>) ?</p>	<p>MEME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE..... 2 3 JOURS OU PLUS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE..... 3 NSP 8</p>	
<p>CA30. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?</p>	<p>0, 1 OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2</p>	<p>2 ⇒ Fin</p>
<p>CA31. La dernière fois que (<i>nom</i>) a déféqué, qu'est-ce qui a été fait pour se débarrasser des selles ?</p>	<p>ENFANT A UTILISE LES TOILETTES / LATRINES..... 01 MIS/JETE DANS LES TOILETTES / LATRINES..... 02 MIS / JETE DANS LA FOSSE OU RIGOLE .. 03 JETE DANS LES ORDURES (DECHETS SOLIDES) 04 ENTERRE 05 LAISSE A L' AIR LIBRE 06</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) _____ 96 NSP 98</p>	
<p>UF11. Enregistrer l'heure.</p>	<p>HEURES ET MINUTES : _____</p>	
<p>UF12. Langue du questionnaire.</p>	<p>FRANÇAIS 1</p>	
<p>UF13. Langue de l'entretien.</p>	<p>FRANÇAIS 1 SANGO OFFICIEL 2</p> <p>AUTRE LANGUE</p>	

	(PRECISER)..... 6	
UF14. Langue maternelle du/de le/la répondant(e).	HAOUSSA..... 01 SARA..... 02 MBOUM..... 03 GBAYA 04 MANDJA 05 BANDA 06 NGBAKA/BANTOU 07 YAKOMA/SANGO 08 ZANDE/NZAKARA 09 SANGO OFFICIEL 10 AUTRE LANGUE (PRECISER) 96	
UF15. Est-ce qu'un traducteur a été utilisé pour n'importe quelle partie de ce questionnaire ?	OUI, QUESTIONNAIRE ENTIER 1 OUI, PARTIES DU QUESTIONNAIRE..... 2 NON, PAS UTILISE..... 3	
<p>UF16. Dire au/à la répondant(e) que vous devez mesurer et peser l'enfant avant de partir du ménage et qu'un(e) collègue viendra s'en occuper avec vous. Préparer la FICHE DU MODULE ANTHROPOMETRIE pour cet enfant et compléter le panneau d'information sur cette fiche.</p> <p>Vérifier les colonnes HL10 et HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE : Est-ce que le/la répondante est la mère/gardien(ne) d'un <u>autre</u> enfant de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis aller au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS à administrer à le/la même répondant(e).</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Vérifier HL6 et colonne HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE : Est-ce que le/la répondant(e) est la mère/gardien(ne) d'un enfant de 5-17 ans sélectionné pour le Questionnaire Enfant de 5-17 ans dans ce ménage ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANT DE 5-17 ANS à administrer à le/la même répondante.</p> <p><input type="checkbox"/> NON ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis 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.</p>		

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRIX

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

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

ANTHROPOMETRIE		
AN7. Nom et numéro du/de la mesureur/mesureuse : NOM _____		
AN8. Enregistrer le résultat de la mesure du poids tel que lu à haute voix par le/la mesureur/mesureuse : <i>Redire au/à la mesureur/mesureuse la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>	KILOGRAMMES (KG)..... , ENFANT PAS PRESENT..... 99.3 ENFANT REFUS..... 99.4 REpondante REFUSE 99.5 AUTRE (préciser) 99.6	99.3 ⇨ AN13 99.4 ⇨ AN10 99.5 ⇨ AN10 99.6 ⇨ AN10
AN9. Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum ?	OUI..... 1 NON, L'ENFANT N'A PAS PU ETRE DESHABILLE AU MINIMUM..... 2	
AN10. Vérifier AN4 : Age de l'enfant ?	0 OU 1 AN 1 2, 3 OU 4 ANS 2	1 ⇨ AN11A 2 ⇨ AN11B
AN11A. L'enfant a moins de 2 ans et doit être mesuré couché. Enregistrer le résultat de la mesure de la longueur tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>	LONGUEUR / TAILLE (CM) , ENFANT REFUSE 999.4 REpondante REFUSE 999.5 AUTRE (préciser) 999.6	999.4 ⇨ AN13 999.5 ⇨ AN13 999.6 ⇨ AN13
AN11B. L'enfant a au moins 2 ans et doit être mesuré debout. Enregistrer le résultat de la mesure de la taille tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>		
AN12. Comment est-ce que l'enfant a été mesuré ? Couché ou debout ?	COUCHE 1 DEBOUT 2	
AN13. Date d'aujourd'hui : Jour/ Mois / Année : _____ / _____ / 2 0 1 8		
AN14. Est-ce qu'il y a un autre enfant de moins de 5 ans dans ce ménage qui n'a pas encore été mesuré ?	OUI..... 1 NON 2	1 ⇨ <i>Enfant suivant</i>
AN15. Remercier la répondante pour sa coopération et informer votre chef d'équipe que le mesureur et vous, avez fini toutes les mesures de ce ménage.		

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE/ENQUÊTEUR SUR LE MODULE ANTHROPOMÉTRIE

OBSERVATIONS DU/DE LA MESUREUR/MESUREUSE SUR LE MODULE ANTHROPOMÉTRIE

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE SUR LE MODULE ANTHROPOMÉTRIE