

Annexe F3 : QUESTIONNAIRE ENFANT



QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE DU CONGO

PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

UF

Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir liste des membres du ménage, colonne HL15) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir liste des membres du ménage, colonne HL7B). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque enfant éligible.

UF1. Numéro de grappe : _____	UF2. Numéro de ménage : _____
UF3. Nom de l'enfant : Nom	UF4. Numéro de ligne de l'enfant : _____
UF5. Nom de la mère / gardienne : Nom	UF6. Numéro de ligne de la mère / gardien(ne) : _____
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview : ____ / ____ / 201__

Si n'est pas déjà fait, se présenter à la personne qui répond:
NOUS FAISONS PARTIE DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (**nom de l'enfant en UF3**). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 20 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à la personne qui répond, lire la phrase suivante:
MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (**nom de l'enfant en UF3**). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 20 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

- Oui, permission accordée* ⇨ Aller à UF12 pour enregistrer l'heure et commencer l'interview.
- Non, permission non accordée* ⇨ Encercler '03' à UF9. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe.

UF9. Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans :

Les codes font référence à la mère/gardiennne.

- Rempli 01
- Pas à la maison 02
- Refusé 03
- Partiellement rempli 04
- Incapacité 05
- Autre (*préciser*) 96

UF9A. Langue de l'entretien: Kituba.....1 Lingala....2
Français.....3 Autre.....6

UF12. ENREGISTRER L'HEURE.

Heure et minutes ____ : ____

AGE		AG
<p>AG1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE DEVELOPPEMENT ET LA SANTE DE (<i>nom</i>) ?</p> <p>EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (<i>nom</i>) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insister:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p>Si la mère/gardiennne connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour</p> <p>Le mois et l'année doivent obligatoirement être enregistrés.</p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Jour ____</p> <p>NSP Jour 98</p> <p>Mois ____</p> <p>Année 2 0 ____</p>	
<p>AG2. QUEL AGE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insister :</i> QUEL AGE AVAIT (<i>nom</i>) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</p> <p>Enregistrer l'âge en années révolues.</p> <p>Si moins de 1 an, enregistrer '0'.</p> <p>Comparer et corriger AG1 et/ou AG2 si incohérentes.</p>	<p>Âge (en années révolues) ____</p>	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
<p>BR1. (<i>Nom</i>) A-T-IL/ELLE UN ACTE DE NAISSANCE ?</p> <p><i>Si oui, demander</i> PUIS-JE LE VOIR ?</p>	<p>Oui, vu 1</p> <p>Oui, non vu 2</p> <p>Non 8</p> <p>NSP 8</p>	<p>1 ⇨ Module Suivant (EC)</p> <p>2 ⇨ Module Suivant (EC)</p>
<p>BR2. LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE à l'état civil ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>1 ⇨ Module Suivant (EC)</p>
<p>BR3. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>)?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT					EC
EC1. COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (nom) ?		Aucun..... 00 Nombre de livres d'enfant..... 0 ___ Dix livres ou plus 10			
EC2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (nom) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC :					
[A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ?		O N NSP			
		Jouets fabriqués à la maison..... 1 2 8			
[B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ?					
		Jouets de magasin 1 2 8			
[C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES BASSINES, CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ?					
		Objets du ménage ou objets du dehors 1 2 8			
Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insister pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.					
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.					
AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE, COMBIEN DE JOURS (nom) A-T-IL/ELLE ETE:					
[A] LAISSE SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?		Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure ___			
[B] LAISSE A LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT C'EST-A-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS, PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?		Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure ___			
Si 'jamais', inscrire '0'. Si 'Ne sait pas', inscrire '8'					
EC4. Vérifier AG2: Age de l'enfant					
<input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇨ Aller au Module suivant (BD)					
<input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇨ Continuer avec EC5					
EC5. (Nom) S'IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'EVEIL, DANS UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?		Oui 1 Non 2 NSP..... 8			
EC7. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE 15 ANS OU PLUS, PARTICIPE AVEC (nom) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :					
		Mère Père Autre Personne			
Si oui, demander: QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (nom) ?					
Lire des livres		A B X Y			
Raconter des histoires		A B X Y			
Chanter des chansons		A B X Y			
Promener		A B X Y			
Jouer		A B X Y			
Nommer/Compter		A B X Y			

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT (SUITE)		EC
<p>EC8. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. LES ENFANTS NE SE DEVELOPPENT PAS TOUS DE MANIERE IDENTIQUE ET ILS N'APPRENNENT PAS TOUS A LA MEME VITESSE. CERTAINS, PAR EXEMPLE, MARCHENT PLUS TOT QUE D'AUTRES. CES QUESTIONS PORTENT SUR PLUSIEURS ASPECTS DU DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT.</p> <p>EST-CE QUE (<i>nom</i>) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	
<p>EC9. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	
<p>EC10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES NOMBRES DE 1 A 10 ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	
<p>EC11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	
<p>EC12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST PARFOIS TROP MALADE POUR JOUER ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	
<p>EC13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS POUR FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	
<p>EC14. QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (<i>nom</i>), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	
<p>EC15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	
<p>EC16. 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>EC17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST FACILEMENT DISTRAIT ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE						BD
BD1. Vérifier AG2: Age de l'enfant						
<input type="checkbox"/> L'enfant a 0, 1 ou 2 ans → Continuer avec BD2						
<input type="checkbox"/> L'enfant a 3 ou 4ans → Aller au Module TRAITEMENT DES MALADIES (CA)						
BD2. EST-CE QUE (nom) A ETE ALLAITE ?	Oui.....	1				
	Non.....	2				2 → BD4
	NSP.....	8				8 → BD4
BD3. EST-CE QUE (nom) EST ENCORE ALLAITE ?	Oui.....	1				
	Non.....	2				
	NSP.....	8				
BD4. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON ?	Oui.....	1				
	Non.....	2				
	NSP.....	8				
BD5. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) ?	Oui.....	1				
	Non.....	2				
	NSP.....	8				
BD6. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU OU MANGE DES VITAMINES OU DES SUPPLEMENTS MINERAUX ?	Oui.....	1				
	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. JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A REÇU CE LIQUIDE MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS.						
SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES LIQUIDES CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON.			O	N	NSP	
EST-CE QUE (nom) A BU (Nom de la boisson) HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT:						
[A] DE L'EAU SIMPLE?	De l'eau	1	2	8		
[B] DU JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS DE FRUITS?	Jus ou boissons à base de jus	1	2	8		
[C] SOUPE CLAIRE C'EST-A-DIRE UN BOUILLON DE LEGUME, DE POISSON, DE VOLAILLE OU DE VIANDE SANS LES MORCEAUX ?	Soupe claire	1	2	8		
[D] DU LAIT EN BOITE EN POUDDRE OU LIQUIDE D'ORIGINE ANIMALE ?	Lait	1	2	8		
<i>Si oui</i> : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU DU LAIT ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois lait bu				—	
[E] UNE PREPARATION POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE?	Preparation pour bébé	1	2	8		
<i>Si oui</i> : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU UNE PREPARATION POUR BEBE ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois préparation pour bébé				—	
[F] N'IMPORTE QUELS AUTRES LIQUIDES ? <i>Préciser</i> _____	Autres liquides	1	2	8		

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE (SUITE)					BD
BD8. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) ALIMENTS QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. A NOUVEAU, JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A EU CET ALIMENT MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES ALIMENTS CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON.					
EST-CE QUE (nom) A MANGE (Nom de l'aliment) HIER DURANT LE JOUR OU LA NUIT :		O	N	NSP	
[A] YAOURT?	Yaourt	1	2	8	
<i>Si Oui: COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A MANGE/BU DU YAOURT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois a mangé/bu yaourt			—	
[B] N'IMPORTE QUELLE MARQUE DE NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBE, COMME CERELAC, BLEDINA, BLEDILAC, PHOSPHATINE ?	Cérélac, Blédina, Blédilac, Phosphatine	1	2	8	
[C] DU PAIN, RIZ, BISCUITS, BEIGNETS, PATES, PORRIDGE, BOUILLIE OU AUTRES PREPARATIONS A BASE DE MAÏS, BLE, MIL, SORGHO, SOJA, OU AUTRES CEREALES?	Aliments faits à base de céréales?	1	2	8	
[D] COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, IGNAME JAUNE, PATATE DOUCE QUI SONT JAUNES OU ORANGES A L'INTERIEUR ?	Courge, carottes, citrouille, etc.	1	2	8	
[E] DES POMMES DE TERRES, DES IGNAMES BLANCHES, DU MANIOC, DU TARO OU TOUT AUTRE ALIMENT FAIT A BASE DES TUBERCULES ?	Pommes de terre, ignames, manioc, etc.	1	2	8	
[F] N'IMPORTE QUELS LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE COMME LES EPINARDS, L'AMARANTE, LES FEUILLES DE MANIOC ?	Légumes à feuilles vert foncé comme les épinards, l'amarante, les feuilles de manioc	1	2	8	
[G] DES MANGUES MURES/PAPAYES MURES/ GOYAVE MURE ?	Mangues mûres, papaye,	1	2	8	
[H] N'IMPORTE QUELS AUTRES FRUITS OU LEGUMES, ORANGE, MANGOUSTAN, LETHIE?	Autres fruits et légumes	1	2	8	
[I] DU FOIE, DES ROGNONS, DU CŒUR OU TOUT AUTRE ABAT?	Foie, rognons, cœur ou autres abats	1	2	8	
[J] DE LA VIANDE DE BŒUF, DE PORC, D'AGNEAU, DE MOUTON, DE CHEVRE, DE LA VIANDE DE CHASSE, DU POULET, DU CANARD OU AUTRE VOLAILLE OU OISEAU ?	Viande de bœuf, porc, agneau, chèvre, etc.	1	2	8	
[P] DES SAUTERELLES, GRILLONS, ESCARGOTS, TERMITES, CHENILLES, LARVES ?	Sauterelles, termites, larves, etc.	1	2	8	
[K] DES ŒUFS?	Œufs	1	2	8	
[L] DU POISSON FRAIS OU SECHE, DES CREVETTES, LANGOUSTES OU AUTRES CRUSTACES ?	Poisson frais ou séché	1	2	8	
[M] N'IMPORTE QUELS ALIMENTS A BASE DE HARICOTS, POIS, LENTILLES OU ARACHIDES ET AUTRES NOIX?	Aliments à base de haricots, pois, arachides, etc.	1	2	8	
[N] DU FROMAGE OU TOUT AUTRE PRODUIT A BASE DE LAIT AUTRE QUE LE YAOURT ?	Fromage ou autres produits laitiers	1	2	8	
[Q] PREPARATION A BASE D'HUILE DE PALME, DE SAUCE DE NOIX DE PALME ?	Préparation à base d'huile de palme,	1	2	8	
[O] N'IMPORTE QUEL AUTRE ALIMENT SOLIDE, SEMI-SOLIDE, OU MOU QUE JE N'AI PAS MENTIONNE ? <i>Préciser _____</i>	Autre aliment solide, semi-solide, ou mou	1	2	8	
BD9. Vérifier BD8 (Catégories "A" jusqu'à "O")					
<input type="checkbox"/> <i>Au moins un "Oui" ou toutes "NSP" ⇨ Aller à BD11</i>					
<input type="checkbox"/> <i>Sinon ⇨ Continuer avec BD10</i>					
BD10. Insister pour déterminer si l'enfant a mangé des aliments solides, semi solides ou mous (en bouillie, purée) hier, pendant le jour ou la nuit ?					
<input type="checkbox"/> <i>L'enfant n'a rien mangé ou la répondante ne sait pas ⇨ Aller au module suivant (IM)</i>					
<input type="checkbox"/> <i>L'enfant a mangé au moins un aliment solide, semi-solide ou mou mentionné par la répondante ⇨ Retourner à BD8 pour enregistrer l'aliment mangé hier [A à O]. Quand c'est fait, continuer avec BD11</i>					
BD11. COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI SOLIDES OU MOUS (BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois				
<i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	NSP			8	

VACCINATIONS		IM	
Si un carnet de vaccination est disponible, recopier les dates à IM3 pour chaque vaccination et Vitamine A enregistrées sur le carnet/carte. Les questions IM6-IM17 ne seront posées que si un carnet/carte n'est pas disponible			
IM1. AVEZ-VOUS UN CARNET OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTREES? (Si Oui) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?		Oui, vu 1 Oui, non vu 2 Pas de carnet 3	1 ⇨ IM3 2 ⇨ IM6
IM2. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN CARNET DE VACCINATION POUR (nom) ?		Oui 1 Non 2	1 ⇨ IM6 2 ⇨ IM6
IM3.			
(a) Copier les dates de chaque vaccin du carnet.		Date de la vaccination	
(b) Écrire '44' dans la colonne "jour" si le carnet montre qu'un vaccin a été fait mais la date n'est pas donnée.		jour	Mois Année
BCG À LA NAISSANCE	BCG		
POLIO A LA NAISSANCE	POL0		
POLIO 1	POL1		
POLIO 2	POL2		
POLIO 3	POL3		
DTCOQ 1	DPT1		
DTCOQ 2	DPT2		
DTCOQ 3	DPT3		
HEPB À LA NAISSANCE	HEP0		
HEPB 1	HEP1		
HEPB 2	HEP2		
HEPB 3	HEP3		
HIB 1	HIB1		
HIB 2	HIB2		
HIB 3	HIB3		
PENTAVALENT 1	PENTA 1		
PENTAVALENT 2	PENTA 2		
PENTAVALENT 3	PENTA 3		
PCV 1	PCV 1		
PCV2	PCV 2		
PCV 3	PCV 3		
ROUGEOLE (VAR)	ROUG.		
FIEVRE JAUNE	FJ		
VITAMINE A (PREMIERE DOSE)	VitA1		
VITAMINE A (DEUXIEME DOSE)	VitA2		
IM4. Vérifier IM3. Est-ce que tous les vaccins (de BCG à fièvre jaune) sont enregistrés ? <input type="checkbox"/> Oui ⇨ Aller à IM19 <input type="checkbox"/> Non ⇨ Continuer avec IM5			
IM5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CE CARNET, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ? <input type="checkbox"/> Oui ⇨ retourner à IM3, insister sur ces vaccinations et écrire '66' dans la colonne jour correspondante de chaque vaccin mentionné. Quand complété, passer à IM19 <input type="checkbox"/> Non/NSP ⇨ Aller à IM19			
IM6. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU DES VACCINS POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DES JOURNEES DE VACCINATIONS ?		Oui 1 Non 2 NSP 8	2 ⇨ IM19 8 ⇨ IM19

VACCINATIONS (SUITE 1)		IM
IM7. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS LE BRAS ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?	Oui1 Non2 NSP8	
IM8. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE LA POLIO ?	Oui1 Non2 NSP8	2⇨ IM11 8⇨ IM11
IM9. EST-CE QUE LA PREMIÈRE DOSE CONTRE LA POLIO A ÉTÉ DONNÉE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE ?	Oui1 Non2	
IM10. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois	
IM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU « LE VACCIN DTCoq » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTÉRIE ? <i>Insister en précisant que le vaccin du DTCoq est parfois donné en même temps que la polio.</i>	Oui1 Non2 NSP8	2⇨ IM13 8⇨ IM13
IM12. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LE DTCoq A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois	
IM13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B – UNE INJECTION A LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER L'HÉPATITE B ? <i>Insister en précisant que le vaccin contre l'hépatite B est parfois donné en même temps que les vaccins de la polio et du DTCoq</i>	Oui1 Non2 NSP8	2⇨ IM15A 8⇨ IM15A
IM14. EST-CE QUE LA PREMIÈRE DOSE D'HÉPATITE B A ÉTÉ DONNÉE DANS LES 24H APRES LA NAISSANCE ?	Oui1 Non2 NSP8	
IM15. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois	
IM15A. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UNE INJECTION DE HIB DANS LA CUISSE POUR LUI ÉVITER D'ATTRAPER HAEMOPHILUS INFLUENZA DE TYPE B ?	Oui1 Non2 NSP8	2⇨ IM15C 8⇨ IM15C
IM15B. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN HIB A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois	
IM15C. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU « UN VACCIN PENTA » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS GAUCHE A 2 MOIS, 3 MOIS OU 4 MOIS POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE, LA DIPHTÉRIE, L'HÉPATITE B ET L'HAEMOPHILUS INFLUENZA DE TYPE B? <i>Insister en précisant que le vaccin du PENTA est parfois donné en même temps que la polio.</i>	Oui1 Non2 NSP8	2⇨ IM15E 8⇨ IM15E
IM15D. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LE PENTA A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois	
IM15E. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UN VACCIN COMBINÉ A PNEUMOCOQUE – UNE INJECTION A LA CUISSE GAUCHE OU A LA CUISSE DROITE POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA PNEUMONIE ? <i>Insister en précisant que le vaccin combiné A PNEUMOCOQUE est parfois donné en même temps que les vaccins de la POLIO et du PENTA</i>	Oui1 Non2 NSP8	2⇨ IM16 8⇨ IM16
IM15F. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN COMBINÉ A PNEUMOCOQUE A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois	

VACCINATIONS (SUITE 2)		IM
<p>IM16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE (OU VAR) C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>IM17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIEVRE JAUNE - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ?</p> <p><i>Insister en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.</i></p>	<p>Oui1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>IM19. Dites-moi, s'il vous plaît, si (<i>nom</i>) a participé à l'une des campagnes ou journées nationales de vaccination suivantes et/ou à l'une des journées de Vitamine A suivantes ou à l'une des journées de la santé de l'enfant suivantes:</p> <p>[A] Novembre 2014/Polio</p> <p>[B] Octobre 2014/Polio</p> <p>[C] juin-juillet 2014/Polio et supplémentation en vitamine a</p> <p>[D] Décembre 2013/Campagne a de suivi rougeole et vitamine a</p> <p>[E] Octobre 2013/CAMPAGNE B POLIO</p> <p>[F] Aout 2013/CAMPAGNE C, POLIO</p> <p>[G] Janvier 2013/CAMPAGNE D, FIEVRE JAUNE (EWO, MBAMA ET OKOYO) CUVETTE-OUEST</p> <p>[H] MAI-JUIN 2012/CAMPAGNE RIPOSTE ROUGEOLE (BRAZZAVILLE, CUVETTE, PLATEAU, POOL, BOUENZA, LIKOUALA)</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Novembre 2014.....1 2 8</p> <p>Octobre 2014.....1 2 8</p> <p>Juin-juillet 2014.....1 2 8</p> <p>Décembre 2013.....1 2 8</p> <p>Octobre 2013.....1 2 8</p> <p>Août 2013.....1 2 8</p> <p>Janvier 2013.....1 2 8</p> <p>Mai - Juin 2012.....1 2 8</p>	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
<p>CA1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇨ CA6A 8 ⇨ CA6A</p>
<p>CA2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITE DE LIQUIDES A ETE DONNEE A (<i>nom</i>) DURANT SA DIARRHEE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL).</p> <p>PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE REÇU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p> <p><i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?</p>	<p>Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus 4 Rien à boire 5 NSP 8</p>	
<p>CA3. PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE REÇU A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGE ?</p> <p><i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?</p>	<p>Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus 4 A stoppé nourriture 5 N'a jamais donné à manger 6 NSP 8</p>	
<p>CA3A. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT CONTRE LA DIARRHEE ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇨ CA4 8 ⇨ CA4</p>
<p>CA3B. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</p> <p><i>Insister :</i> NULLE NE PART AILLEURS ?</p> <p>Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne PAS suggérer de réponse.</p> <p>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital A Centre de santé/CSI B Poste de santé C Agent de santé communautaire D</p> <p>Autre médical public (<i>préciser</i>) H</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé I Médecin privé J Pharmacie privée K Clinique privée M</p> <p>Autre médical privé (<i>préciser</i>) O</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) P Boutique Q Praticien traditionnel R</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) X</p>	
<p>CA4. AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS:</p> <p>[A] UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SPECIAL APPELE SOLUTION REHYDRATANTE ORALE (SRO) ?</p> <p>[B] UN LIQUIDE SRO PRE-CONDITIONNE POUR LA DIARRHEE ?</p>	<p>O N NSP</p> <p>Liquide sachet SRO 1 2 8 Liquide SRO pré conditionné 1 2 8</p>	
<p>CA4A. Vérifier CA4 : SRO</p> <p><input type="checkbox"/> SRO a été donné à l'enfant ('Oui' encerclé à A ou B dans CA4) ⇨ Continuer avec CA4B</p> <p><input type="checkbox"/> SRO n'a pas été donné à l'enfant ⇨ Aller à CA4C</p>		

TRAITEMENT DES MALADIES (SUITE 1)		CA
<p>CA4B. OU AVEZ-VOUS EU LE SRO ?</p> <p>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital 11</p> <p>Centre de santé/CSI 12</p> <p>Poste de santé 13</p> <p>Agent de santé communautaire 14</p> <p>Autre médical public (<i>préciser</i>) 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Clinique privée 25</p> <p>Autre médical privé (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) 31</p> <p>Boutique 32</p> <p>Praticien traditionnel 33</p> <p>Marché (étalage) 34</p> <p>Dans la rue (vendeur ambulant) 35</p> <p>En avait déjà à la maison 40</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) 96</p>	
<p>CA4C. DURANT LE TEMPS OU (nom) A EU LA DIARRHÉE, LUI A-T-ON DONNÉ :</p> <p>DES COMPRIMÉS/ DU SIROP DE ZINC?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Comprimés/ du sirop de Zinc.....1 2 8</p>	
<p>CA4D. Vérifier CA4C: A eu du zinc?</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant a eu du zinc ⇨ Continuer avec CA4E</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de zinc ⇨ Aller à CA4F</p>		
<p>CA4E. OU AVEZ-VOUS EU LE ZINC ?</p> <p>Insister pour obtenir une source.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital 11</p> <p>Centre de santé/CSI 12</p> <p>Poste de santé 13</p> <p>Agent de santé communautaire 14</p> <p>Autre médical public (<i>préciser</i>) 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Clinique privée 25</p> <p>Autre médical privé (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) 31</p> <p>Boutique 32</p> <p>Praticien traditionnel 33</p> <p>Marché (étalage) 34</p> <p>Dans la rue (vendeur ambulant) 35</p> <p>En avait déjà à la maison 40</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) 96</p>	

TRAITEMENT DES MALADIES (SUITE 2)		CA
<p>CA4F. AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (nom) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS:</p> <p>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</p> <p>[A] EAU DE RIZ SALEE</p> <p>[B] SOLUTION SUCREE ET SALEE (SSS)</p> <p>[C] JUS DE FEUILLES DE GOYAVES PILEES</p>	<p>O N NSP</p> <p>Eau de riz salée.....1 2 8</p> <p>Solution sucrée et salée (SSS).....1 2 8</p> <p>Jus de feuilles de goyaves pilées.....1 2 8</p>	
<p>CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ETE DONNE POUR TRAITER LA DIARRHEE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2↔CA6A</p> <p>8↔CA6A</p>
<p>CA6. QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHEE?</p> <p><i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ?</p> <p><i>Enregistrer tous les traitements donnés. Incrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Comprimé ou Sirop</p> <p>AntibiotiqueA</p> <p>Anti motilitéB</p> <p>Autre (pas antibiotique, anti motilité ou zinc)G</p> <p>Comprimé ou sirop inconnuH</p> <p>Injection</p> <p>Antibiotique L</p> <p>Non-antibiotique..... M</p> <p>Injection inconnue.....N</p> <p>Intraveineuse.....O</p> <p>Remède maison/ herbes médicinalesQ</p> <p>Autre (<i>préciser</i>)X</p>	
<p>CA6A. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (nom) A EU DE LA FIEVRE A N'IMPORTE QUEL MOMENT ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2↔CA7</p> <p>8↔CA7</p>
<p>CA6B. À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA MALADIE, EST-CE QUE (nom) A EU DU SANG PRELEVE 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>2↔CA7</p> <p>8↔CA7</p>
<p>CA6C. QUEL A ETE LE RESULTAT DU TEST FAIT A (nom)?</p>	<p>Positif 1</p> <p>Négatif..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>CA7. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (nom) A ETE MALADE AVEC DE LA TOUX ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2↔CA9A</p> <p>8↔CA9A</p>
<p>CA8. QUAND (nom) ETAIT MALADE AVEC DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU EST-CE QU'IL/ELLE AVAIT DES DIFFICULTES POUR RESPIRER ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2↔CA10</p> <p>8↔CA10</p>

TRAITEMENT DES MALADIES (SUITE 3)		CA	
CA9. LA RESPIRATION RAPIDE OU LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?	Problème de bronches seulement..... 1	1⇒CA10	
	Nez bouché ou qui coulait seulement..... 2	2⇒CA10	
	Les deux..... 3	3⇒CA10	
	Autre (<i>préciser</i>)..... 6	6⇒CA10	
	NSP 8	8⇒CA10	
CA9A. Vérifier CA6A : A eu de la fièvre			
<input type="checkbox"/> L'enfant a eu de la fièvre ⇒ Continuer avec CA10			
<input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de fièvre ⇒ Aller à CA14			
CA10. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?	Oui..... 1	2⇒CA12	
	Non..... 2		
	NSP 8	8⇒CA12	
CA11. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ? <i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ? Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne pas suggérer de réponse. Insister pour identifier chaque type d'endroit. Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit. _____ (Nom de l'endroit)	Secteur public Hôpital A Centre de santé/CSI B Poste de santé C Agent de santé communautaire D Autre public (<i>préciser</i>) H Secteur médical privé Hôpital privé I Médecin privé J Pharmacie privée K Clinique privée M Autre médical privé (<i>préciser</i>) O Autre source Parent (e)/ Ami (e) P Boutique Q Praticien traditionnel R Autre (<i>préciser</i>) X		
	CA12. A N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT LA MALADIE, EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	Oui..... 1	2⇒CA14
		Non..... 2	
		NSP 8	8⇒CA14

TRAITEMENT DES MALADIES (SUITE 4)		CA
<p>CA13. QUEL(S) MEDICAMENT(S) A-T-ON DONNE A (nom) ?</p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</p> <p>Encercler tous les médicaments donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Anti-paludéens:</p> <p>SP / Fansidar A</p> <p>Amodiaquine C</p> <p>Quinine D</p> <p>Combinaison avec Artémisinine/Coart E</p> <p>Autre anti-paludéen (préciser) _____ H</p> <p>Antibiotiques:</p> <p>Comprimés / Sirop I</p> <p>Injection J</p> <p>Autres médicaments :</p> <p>Paracetamol/ Panadol /Acetaminophen P</p> <p>Aspirine Q</p> <p>Ibuprofen (Advil, etc..) R</p> <p>Autre (préciser) _____ X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>CA13A. Vérifier CA13 : Antibiotique mentionné (code I ou J) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇨ Continuer avec CA13B</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇨ Aller à CA13C</p>		
<p>CA13B. OU AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13)?</p> <p>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital 11</p> <p>Centre de santé/CSI 12</p> <p>Poste de santé 13</p> <p>Agent de santé communautaire 14</p> <p>Autre médical public (préciser) _____ 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Clinique privée 25</p> <p>Autre médical privé (préciser) _____ 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) 31</p> <p>Boutique 32</p> <p>Praticien traditionnel 33</p> <p>Marché (étalage) 34</p> <p>Dans la rue (vendeur ambulant) 35</p> <p>En avait déjà à la maison 40</p> <p>Autre (préciser) _____ 96</p>	
<p>CA13C. Vérifier CA13 : Antipaludéens mentionnés (codes A à H) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇨ Continuer avec CA13D</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇨ Aller à CA14</p>		

TRAITEMENT DES MALADIES (SUITE 5) CA

<p>CA13D. OU AVEZ-VOUS EU LE (<i>nom du médicament de CA13</i>)?</p> <p>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital11</p> <p>Centre de santé/CSI.....12</p> <p>Poste de santé13</p> <p>Agent de santé communautaire.....14</p> <p>Autre médical public (<i>préciser</i>)16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé.....21</p> <p>Médecin privé.....22</p> <p>Pharmacie privée23</p> <p>Clinique privée25</p> <p>Autre médical privé (<i>préciser</i>)26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e).....31</p> <p>Boutique32</p> <p>Praticien traditionnel33</p> <p>Marché (étalage)34</p> <p>Dans la rue (vendeur ambulant)35</p> <p>En avait déjà à la maison40</p> <p>Autre (<i>préciser</i>)96</p>	
<p>CA13E. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE A COMMENCE, (<i>nom</i>) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (<i>nom de l'antipaludéen déclaré à CA13</i>)?</p> <p><i>Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à CA13, donner le nom de tous les antipaludéens mentionnés.</i></p>	<p>Même jour0</p> <p>Jour suivant1</p> <p>2 jours après début de la fièvre.....2</p> <p>3 jours après début de la fièvre.....3</p> <p>4 jours ou plus après début de la fièvre.....4</p> <p>NSP8</p>	
<p>CA14. Vérifier AG2 : Age de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant âgé de 0, 1 ou 2 ans ⇨ Continuer avec CA15</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant âgé de 3 ou 4 ans ⇨ Aller à UF13</p>		
<p>CA15. LA DERNIERE FOIS QUE (<i>nom</i>) EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?</p>	<p>Enfant a utilisé toilettes / latrines01</p> <p>Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines02</p> <p>Jeté / Rincé dans caniveau ou rigole.....03</p> <p>Jeté aux ordures (déchets solides).....04</p> <p>Enterré.....05</p> <p>Laissé à l'air libre06</p> <p>Autre (<i>préciser</i>)96</p> <p>NSP98</p>	

UF13. Enregistrer l'heure. HEURE ET MINUTES ____ : ____

UF14. VERIFIER LA LISTE DES MEMBRES DU MENAGE
 EST-CE QUE L'ENQUETE(E) EST LA MERE OU LE/LA GARDIEN(NE) D'UN AUTRE ENFANT AGE DE 0-4 ANS VIVANT DANS CE MENAGE ?

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

Non. ⇨ Terminer l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et lui dire que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant avant de quitter le ménage

Vérifier s'il y a une autre femme, homme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui il faut administrer un questionnaire dans ce ménage.

ANTHROPOMÉTRIE		AN
<p>Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant. Enregistrer ci-dessous le poids et la taille/grandeur, 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 dans la liste des membres du ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.</p>		
AN1.NOM ET CODE DU MESUREUR :	Nom _____	
AN2. Résultat des mesures de la taille en position debout/allongé et du poids	Une ou les deux mesures1 Enfant non présent.....2 Enfant ou gardienne a refusé3 Autre (préciser).....6	2⇒ AN6 3⇒ AN6 6⇒ AN6
AN3.Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg)..... Poids non mesuré 99,9	
AN3A.Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'a pas pu être déshabillé jusqu'au minimum		
AN3B. Vérifier l'âge de l'enfant à AG2: <input type="checkbox"/> L'enfant a moins de 2 ans ⇒ Mesurer la grandeur (l'enfant doit être couché). <input type="checkbox"/> L'enfant a 2 ans ou plus ⇒ Mesurer la taille (l'enfant doit être debout).		
AN4.Grandeur ou taille de l'enfant	Grandeur/Taille Grandeur/Taille pas mesurée 999,9	⇒ AN6
AN4A.Est-ce que l'enfant a été mesuré couché ou debout ?	Couché1 Debout2	
AN6.Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant. <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Vérifier s'il y a d'autres questionnaires individuels à faire dans ce ménage.		

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR/ENQUETRICE

Empty text area for interviewer/interviewer observations.

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Empty text area for team leader observations.

OBSERVATIONS DU MESUREUR

Empty text area for measurer observations.