

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

Ce questionnaire est strictement confidentiel.



PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS		UF
Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou personnes en charge des enfants (voir liste des membres du ménage, colonne HI15) 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 / personne en charge de l'enfant : Nom _____	UF6. Numéro de ligne de la mère / personne en charge de l'enfant : _____	
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / 2016	

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 SANTÉ FAMILIALE ET L'ÉDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE (NOM DE L'ENFANT EN UF3). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 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 SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE (NOM DE L'ENFANT EN UF3). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.
PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ? <input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇨ Aller à UF12 pour enregistrer l'heure et commencer l'interview. <input type="checkbox"/> 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/gardien(ne).	Rempli.....01 Pas à la maison02 Refusé03 Partiellement rempli.....04 Incapacité05 Autre (préciser) _____ 96
---	--

UF10. Nom et numéro du chef d'équipe : Nom _____
--

UF12. <i>Enregistrer l'heure.</i>	Heure et minutes..... ____ : ____	
--	-----------------------------------	--

AGE	AG	
<p>AG1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA SANTÉ DE (<i>Prénom</i>).</p> <p>QUEL JOUR, QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE (<i>Prénom</i>) EST-IL/ELLE NÉ/E ?</p> <p><i>Insister:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p><i>Si la mère/personne en charge de l'enfant connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; sinon, encercler 98 pour jour</i></p> <p><i>Le mois et l'année doivent être enregistrés.</i></p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Jour ____</p> <p>NSP Jour 98</p> <p>Mois ____</p> <p>Année 2 0 1 ____</p>	
<p>AG2. QUEL ÂGE A (<i>Prénom</i>) ?</p> <p><i>Insister : QUEL ÂGE A EU (<i>Prénom</i>) À SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i></p> <p><i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i></p> <p><i>Si moins de 1 an, enregistrer '0'.</i></p> <p><i>Comparer et corriger AG1 et/ou AG2 si incohérentes.</i></p>	<p>Âge (en années révolues) ____</p>	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
BR1. (<i>Prénom</i>) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? <i>Si oui, demander</i> PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu 1	1⇒Module Suivant 2⇒Module Suivant
	Oui, non vu 2	
	Non 3	
	NSP 8	
BR2. LA NAISSANCE DE (<i>Prénom</i>) A-T-ELLE ÉTÉ ENREGISTRÉE/DÉCLARÉE DANS UN CENTRE D'ÉTAT CIVIL ?	Oui 1	1⇒ Module Suivant
	Non 2	
BR3. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE (<i>Prénom</i>) ?	Oui 1	
	Non 2	
BR3A. QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON DU NON ENREGISTREMENT (DE LA NON DÉCLARATION) DE L'ENFANT À L'ÉTAT CIVIL ?	Eloignement des centres d'enregistrement 01	
	Manque de moyens 02	
	Ne voit pas l'intérêt 03	
	Ne sait pas comment déclarer 04	
	N'a pas le temps 05	
	Pratiques néfaste dans les centres 06	
	Autres (à préciser) 96	

DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		EC
<p>EC1. COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (Prénom) ?</p>	<p>Aucun00</p> <p>Nombre de livres d'enfant0 __</p> <p>Dix livres ou plus 10</p>	
<p>EC2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (Prénom) UTILISÉ POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC :</p> <p>[A] DES JOUETS FABRIQUES À LA MAISON (COMME DES POUPÉES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ?</p> <p>[B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ?</p> <p>[C] OBJETS DU MÉNAGE (COMME DES BASSINES, CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVÉS DEHORS (COMME DES BÂTONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ?</p> <p><i>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.</i></p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Jouets fabriqué à la maison1 2 8</p> <p>Jouets de magasin1 2 8</p> <p>Objets du ménage ou objets du dehors1 2 8</p>	
<p>EC3. PARFOIS LES ADULTES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, FAIRE LA LESSIVE, OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES JEUNES ENFANTS.</p> <p>AU COURS DE LA SEMAINE PASSÉE, COMBIEN DE JOURS (nom) A-T-IL/ELLE ÉTÉ:</p> <p>[A] LAISSÉ SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p>[B] LAISSÉ À LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT C'EST-À-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS, PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p><i>Si 'jamais', inscrire '0'. Si 'Ne sait pas', inscrire '8'</i></p>	<p>Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure..... __</p> <p>Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure..... __</p>	
<p>EC4. Vérifier AG2 : Age de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Aller au Module suivant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuer avec EC5</p>		
<p>EC5. (Prénom) SUIV-IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE ÉDUCATIF OU UNE CLASSE D'ÉVEIL, DANS UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	

DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT					EC
<p>EC7. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE 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>Prénom</i>) ?</p> <p><i>Encercler tout ce qui est mentionné.</i></p> <p>[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[B] RACONTER DES HISTOIRES À (<i>nom</i>) ?</p> <p>[C] CHANTER DES CHANSONS À (<i>nom</i>) OU AVEC (<i>nom</i>), Y COMPRIS DES BERCEUSES ?</p> <p>[D] EMMENER (<i>nom</i>) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RÉSIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ?</p> <p>[E] JOUER AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[F] NOMMER, COMPTER, ET/OU DESSINER DES CHOSES POUR OU AVEC (<i>Prénom</i>) ?</p>					
		Mère	Père	Autre	Pers-son-ne
	Lire des livres	A	B	X	Y
	Raconter des histoires	A	B	X	Y
	Chanter des chansons	A	B	X	Y
	Promener	A	B	X	Y
	Jouer	A	B	X	Y
	Nommer/Compter	A	B	X	Y
<p>EC8. 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>Prénom</i>) CONNAÎT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?</p>	Oui	1			
	Non	2			
	NSP.....	8			
<p>EC9. EST-CE QUE (<i>Prénom</i>) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?</p>	Oui	1			
	Non	2			
	NSP.....	8			
<p>EC10. EST-CE QUE (<i>Prénom</i>) PEUT CITER ET RECONNAÎTRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 À 10?</p>	Oui	1			
	Non	2			
	NSP.....	8			
<p>EC11. EST-CE QUE (<i>Prénom</i>) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU?</p>	Oui	1			
	Non	2			
	NSP.....	8			
<p>EC12. EST-CE QUE (<i>Prénom</i>) EST PARFOIS TROP MALADE POUR JOUER ?</p>	Oui	1			
	Non	2			
	NSP.....	8			

DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		EC
EC13. EST-CE QUE (<i>Prénom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS SUR COMMENT FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
EC14. QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE À FAIRE À (<i>Prénom</i>), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIÈRE INDÉPENDANTE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
EC15. EST-CE QUE (<i>Prénom</i>) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
EC16. EST-CE QUE (<i>Prénom</i>) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
EC17. EST-CE QUE (<i>Prénom</i>) EST FACILEMENT DISTRAIT?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	

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 4 ans ⇒ Aller au Module TRAITEMENT DES MALADIES		
BD2. EST-CE QUE (Prénom) A ÉTÉ ALLAITE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒BD4 8⇒BD4
BD3. EST-CE QUE (Prénom) EST ENCORE ALLAITE ?	Oui.....1 Non.....2	
BD4. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (Prénom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
BD5. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (Prénom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE RÉHYDRATATION ORALE) ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
BD6. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (Prénom) A BU OU MANGE DES VITAMINES OU DES SUPPLÉMENTS MINÉRAUX OU N'IMPORTE QUEL MÉDICAMENT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
BD7. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) LIQUIDES QUE (Prénom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A RECU CE LIQUIDE MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES LIQUIDES CONSOMMÉS EN DEHORS DE LA MAISON.		
EST-CE QUE (Prénom) A BU (Nom de la boisson) HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT:		O N NSP
[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] DU BOUILLON CLAIR/SOUBE CLAIRE?	Bouillon	1 2 8
[D] DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?	Lait	1 2 8
<i>Si oui</i> : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (Prénom) A BU DU LAIT? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois lait bu	—
[E] UNE PRÉPARATION DE LAIT MATERNISÉ POUR BÉBÉ VENDUE EN COMMERCE?	Preparation pour bébé	1 2 8
<i>Si oui</i> : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (Prénom) A BU UNE PRÉPARATION DE LAIT MATERNISÉ POUR BÉBÉ ? <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

BD

BD8. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) ALIMENTS QUE (*Prénom*) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. À NOUVEAU, JE VOUDRAIS SAVOIR SI (*Prénom*) 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 (<i>Prénom</i>) A MANGÉ (<i>Nom de l'aliment</i>) HIER DURANT LE JOUR OU LA NUIT :	O	N	NSP	
[A] YAOURT ? Si <i>Oui</i> : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (<i>Prénom</i>) A MANGÉ/BU DU YAOURT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.	Yaourt	1	2	8
[B] N'IMPORTE QUELLE CÉRÉALE LACTÉE (CERÉLAC, FARINOR, BLÉDINE, ...)	Céréale lactée	1	2	8
[C] DU PAIN, RIZ, PÂTES OU AUTRES ALIMENTS A BASE DE GRAINS ?	Aliments faits à base de grains ?	1	2	8
[D] COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, PATATE DOUCE QUI SONT JAUNE OU ORANGE A L'INTÉRIEUR ?	Courge, carottes, citrouille, etc.	1	2	8
[E] DES POMMES DE TERRES, DES IGNAME, DU MANIOC, DE LA PATATE DOUCE BLANCHE OU TOUT AUTRE ALIMENT FAIT AVEC DES TUBERCULES ?	P. de terres, ignames, manioc, patate etc.	1	2	8
[F] N'IMPORTE QUELS LÉGUMES A FEUILLES VERT FONCÉ ?	Légumes à feuilles vert foncé	1	2	8
[G] DES MANGUES/PAPAYES MURES?	Mangues mures	1	2	8
[H] N'IMPORTE QUELS AUTRES FRUITS OU LÉGUMES?	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. PORC, AGNEAU, CHÈVRE, POULET OU CANARD ?	Viande de bœuf, porc, agneau, chèvre, etc.	1	2	8
[K] DES ŒUFS?	Œufs	1	2	8
[L] DU POISSON FRAIS OU SÉCHÉ OU DES FRUITS DE MER ?	Poisson frais ou séché	1	2	8
[M] N'IMPORTE QUELS ALIMENTS À BASE DE HARICOTS, POIS, LENTILLES, NOIX OU ARACHIDE?	Aliments à base de haricots, pois, arachide, etc.	1	2	8
[N] DU FROMAGE OU TOUT AUTRE PRODUIT LAITIER ?	Fromage ou autres produits laitiers	1	2	8
[P] DES ESCARGOTS OU DES CHENILLES ?	Escargots ou chenilles	1	2	8
[Q] DE LA NOURRITURE À BASE D'HUILE DE PALME ?	Huile de palme	1	2	8
[O] N'IMPORTE QUELS AUTRES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES, OU MOUS QUE JE N'AI PAS MENTIONNÉ ? PRÉCISER _____	Autres aliments solides, semi-solides, ou mous	1	2	8

BD9. Vérifier BD8 (Catégories "A" jusqu'à "O", y compris P et Q)

Au moins un "Oui" ou toutes "NSP" ⇒ Aller à BD11

Sinon ⇒ Continuer avec BD10

BD10. Insister pour déterminer si l'enfant a mangé des aliments solides, semi solides ou mous, pendant le jour ou la nuit ?

L'enfant n'a rien mangé ou la répondante ne sait pas ⇒ Aller au module suivant

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

BD11. COMBIEN DE FOIS (*nom*) A-T-IL MANGÉ DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI SOLIDES OU MOUS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?

Nombre de fois..... _____

NSP..... 8

Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.

VACCINATIONS		IM								
Si un carnet/carte 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/CARTE OÙ LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTRÉES? (Si Oui) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?		Oui, vu1 Oui, non vu2 Pas de carnet3						1⇒IM3 2⇒IM6		
IM2. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN CARNET/CARTE DE VACCINATION POUR (nom) ?		Oui1 Non2						1⇒IM6 2⇒IM6		
IM3. (a) Copier les dates de chaque vaccin de la carte. (b) Ecrire '44' dans la colonne "jour" si la carte montre qu'un vaccin a été fait mais la date n'est pas donnée.		Date de la vaccination								
		jour	Mois		Année					
BCG	BCG									
POLIO A LA NAISSANCE	OPV0									
POLIO 1	OPV1									
POLIO 2	OPV2									
POLIO 3	OPV3									
HEPB A LA NAISSANCE	HEP0									
PENTAVALENT 1 PENTACIME1 DTCOQ+HEP B +HIB 1	PEN1									
PENTAVALENT 2 PENTACIME 2 DTCOQ +HEP B +HIB 2	PEN2									
PENTAVALENT 3 PENTACIME 3 DTCOQ +HEP B +HIB 3	PEN3									
PCV-13 1 PNEUMO 23 1	PCV-13 1									
PCV-13 2 PNEUMO 23 2	PCV-13 2									
PCV-13 3 PNEUMO 23 3	PCV-13 3									
ROTATEQ1	ROTATEQ 1									
ROTATEQ2	ROTATEQ 2									
ROTATEQ 3	ROTATEQ 3									
ROUGEOLE (ROR)	ROUG.									
FIEVRE JAUNE	FJ									
VITAMINE A (PREMIERE DOSE)	VITA1									
VITAMINE A (DEUXIEME DOSE)	VITA2									

VACCINATIONS		IM
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 ENREGISTRÉ SUR CE CARNET, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNÉES 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 JOURNÉES DE VACCINATIONS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM19 8⇒IM19
IM7. 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 GAUCHE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
IM8. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE LA POLIO ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM11A 8⇒IM11A
IM9. EST-CE QUE LA PREMIÈRE DOSE CONTRE LA POLIO A ÉTÉ DONNÉE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE ?	Oui 1 Non 2	
IM10. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois	
IM11A. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU « UN VACCIN PENTAVALENT (DTCOQ+HEP B +HIB)» – C'EST-À-DIRE UNE INJECTION AU BRAS GAUCHE– 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 de PENTAVALENT est parfois donné en même temps que la polio.</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM14A 8⇒IM14A
IM12A. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PENTAVALENT (DTCOQ+HEP B +HIB) A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois	
IM14A. EST-CE QU'UNE DOSE D'HEPATITE B, C'EST-À-DIRE UNE INJECTION DANS LA CUISSE GAUCHE A ÉTÉ DONNÉE A (nom) DANS LES 24H APRÈS LA NAISSANCE ?	Oui, dans les 24 heures 1 Oui, mais pas dans les 24 heures 2 Non 3 NSP 8	
IM14B. EST-CE QUE (NOM) A DÉJÀ REÇU « UN VACCIN PCV» – C'EST-À-DIRE UNE INJECTION À LA CUISSE DROITE POUR LUI ÉVITER D'ATTRAPER LA PNEUMONIE ? <i>Insister en précisant que le vaccin le PCV est parfois donné en même temps que le Penta.</i>	OUI 1 NON 2 NSP 8	2⇒IM14D 8⇒IM14D
IM14C. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PCV A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois	

VACCINATIONS		IM
IM14D. EST-CE QUE (NOM) A DÉJÀ REÇU « UN VACCIN ROTATEQ – C’EST-À-DIRE UNE DOSE DE LIQUIDE À BOIRE POUR LUI ÉVITER D’AVOIR LA DIARRHÉE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	2⇒IM16 8⇒IM16
IM14E. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN ROTATEQ A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois _	
IM16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DÉJÀ REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE (OU VAR) C’EST-À-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L’ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
IM17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DÉJÀ REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE(OU VAA) - C’EST-À-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L’ÂGE DE 9MOISOU PLUS - POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA FIÈVRE JAUNE ? <i>Insister en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.</i>	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
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:		O N NSP
[A] DU02 AU 05 OCTOBRE 2015 CONTRE LA POLIO	Campagne du 2-5 octobre 2015..... 1 2 8	
[B] DU 10 AU 13 AVRIL 2015 CONTRE LA POLIO	Campagne du 10-13 avril 2015 1 2 8	
[C] DU 31 OCTOBRE AU 3 NOVEMBRE 2014 CONTRE LA POLIO	Campagne du 31 oct.-3 Nov. 2014... 1 2 8	
[D]DU 19 AU 22 SEPTEMBRE 2014 CONTRE LA POLIO	Campagne du 19 au 22 sept. 2014 .. 1 2 8	
[E]DU13 AU 16 JUIN 2014 CONTRE LA POLIO	Campagne du 13 au 16 juin 2014 1 2 8	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
CA1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHÉE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES ?	Oui.....1	2⇒CA6A 8⇒CA6A
	Non.....2	
	NSP.....8	
CA2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITÉ DE LIQUIDES A ÉTÉ DONNÉE À (<i>nom</i>) DURANT SA DIARRHÉE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). 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 ? <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 ?	Beaucoup moins.....1	
	Un peu moins2	
CA3. 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 N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGÉ ? <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 ?	Environ la même quantité3	
	Plus.....4	
	Rien à boire5	
	A stoppé nourriture.....5	
	N'a jamais donné à manger6	
	NSP.....8	
CA3A. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT CONTRE LA DIARRHÉE ?	Oui.....1	2⇒CA4 8⇒CA4
	Non.....2	
	NSP.....8	
CA3B. OÙ AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ? <i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ? <i>Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne PAS suggérer de réponse.</i> <i>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</i> <i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i> _____ (Nom de l'endroit)	Secteur public CHU/Centre spécialisé Gouv. A CHR/Hôpital général. B Centre de santé Gouv. (ESPC)..... C Agent de santé communautaire D Clinique mobile/communautaire E Autre centre médical public (<i>préciser</i>)..... H	
	Secteur médical privé Hôpital/clinique privé I Médecin privé J Pharmacie privée K Clinique mobile L Autre médical privé (<i>préciser</i>) O	
	Autre source Parent (e)/ Ami (e) P Boutique Q Praticien traditionnel R Pharmacie par terre/ Rue S	
	Autre (<i>préciser</i>) X	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
CA3D. Vérifier CA3B. Un des codes A-O est-il sélectionné ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec CA3C <input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à CA4		
CA3C. QUEL EST LE NOM DE LA(LES) STRUCTURE(S) OU AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES OU VOUS AVEZ RECHERCHE DES SOINS ? <i>Insister pour avoir les noms de toutes les structures/ASC et enregistrer les codes. Si plusieurs structures citées, enregistrer par ordre de recherche de soins, en commençant par la première. Si la structure/ASC n'est pas pré-codée, choisir le code "99999996" et inscrire le(s) nom(s) dans l'espace prévu.</i>	1 ^{ère} structure/ASC _____ 2 ^e structure/ASC _____ 3 ^e structure/ASC _____ 4 ^e structure/ASC _____	
CA4. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE A (nom) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS: [A] UN LIQUIDE PRÉPARÉ À PARTIR D'UN SACHET SPÉCIAL APPELÉ SRO (ORASEL)? [B] UN LIQUIDE PRÉ-CONDITIONNÉ POUR LA DIARRHÉE	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> sachet SRO(ORASEL) 1 2 8 Liquide SRO pré-conditionné 1 2 8	
CA4A. Vérifier CA4 : SRO (Orasel) <input type="checkbox"/> SRO a été donné à l'enfant ('oui' encerclé à A ou B dans CA4) ⇒ Continuer avec CA4B <input type="checkbox"/> SRO n'a pas été donné à l'enfant ⇒ Aller à CA4C		
CA4B. OU AVEZ-VOUS EU LE SRO ? <i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i> <i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i> _____ (Nom de l'endroit)	Secteur public CHU/Centre spécialisé Gouv.....11 CHR/Hôpital général.....12 Centre de santé Gouv. (ESPC)13 Agent de santé communautaire.....14 Clinique mobile/communautaire15 Autre centre médical public (<i>préciser</i>) _ 16 Secteur médical privé Hôpital/clinique privé21 Médecin privé22 Pharmacie privée23 Clinique mobile24 Autre médical privé (<i>préciser</i>) _____ 26 Autre source Parent (e)/ Ami (e)31 Boutique.....32 Praticien traditionnel33 Pharmacie par terre/ Rue34 En avait déjà à la maison40 Autre (<i>préciser</i>) _____ 96	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
<p>CA4C. DURANT LE TEMPS OU (nom) A EU LA DIARRHÉE, LUI A-T-ON DONNÉ :</p> <p>[A] DES COMPRIMÉS DE ZINC ?</p> <p>[B] DU SIROP DE ZINC ?</p>	<p>O N NSP</p> <p>Comprimés de Zinc 1 2 8</p> <p>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 ('Oui' encerclé à 'A' ou 'B' dans CA4C) ⇒ 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><i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>CHU/Centre spécialisé Gouv. 11</p> <p>CHR/Hôpital général. 12</p> <p>Centre de santé Gouv. (ESPC)..... 13</p> <p>Agent de santé communautaire 14</p> <p>Clinique mobile/communautaire 15</p> <p>Autre centre médical public (<i>préciser</i>) _ 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Clinique mobile 24</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>Pharmacie par terre/ Rue 34</p> <p>En avait déjà à la maison 40</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ 96</p>	
<p>CA4F. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE A (nom) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS :</p> <p><i>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</i></p> <p>[A] EAU SUCRÉE ET SALÉE</p> <p>[B] BOUILLIE DE RIZ/MIL</p> <p>[C] JUS DE COCO FRAIS</p> <p>[D] SOUPE DE CAROTTE</p> <p>[E] EAU PROPRE</p> <p>[F] FEUILLE DE GOYAVE</p> <p>[G] AUTRE</p>	<p>O N NSP</p> <p>Eau sucrée et salée..... 1 2 8</p> <p>Bouillie de mil / riz 1 2 8</p> <p>Jus de coco frais 1 2 8</p> <p>Soupe de carotte 1 2 8</p> <p>Eau propre..... 1 2 8</p> <p>Feuille de goyave 1 2 8</p> <p>Autres (<i>préciser</i>)..... 1 2 8</p>	
<p>CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ÉTÉ DONNÉ POUR TRAITER LA DIARRHÉE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA6A</p> <p>8⇒CA6A</p>

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
<p>CA6. QU'A-T-ON DONNÉ (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHÉE?</p> <p><i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ?</p> <p><i>Enregistrer tous les traitements donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Comprimé ou Sirop</p> <p>Antibiotique..... A</p> <p>Antimotilité B</p> <p>Autre (pas antibiotique, antimotilité ou zinc)..... G</p> <p>Comprimé ou sirop inconnu H</p> <p>Injection</p> <p>Antibiotique..... L</p> <p>Non-antibiotique M</p> <p>Injection inconnue N</p> <p>Intraveineuse..... O</p> <p>Remède maison/ herbes médicinales Q</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ X</p>	
<p>CA6A. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (<i>prénom</i>) A EU DE LA FIÈVRE 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 (<i>nom</i>) A EU DU SANG PRÉLEVÉ AU BOUT DE SON DOIGT OU AU TALON POUR EFFECTUER UN TEST ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA7. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (<i>nom</i>) A ÉTÉ 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 (<i>nom</i>) ÉTAIT 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 DIFFICULTÉS POUR RESPIRER ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>
<p>CA9. LA RESPIRATION RAPIDE OU LES DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES ÉTAIENT-ELLES DUES À UN PROBLÈME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHÉ OU QUI COULAIT ?</p>	<p>Problème de bronches seulement 1</p> <p>Nez bouché ou qui coulait seulement 2</p> <p>Les deux..... 3</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ 6</p> <p>NSP 8</p>	<p>1⇒CA10</p> <p>2⇒CA10</p> <p>3⇒CA10</p> <p>6⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>
<p>CA9A. Vérifier CA6A : A eu de la fièvre</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant a eu de la fièvre ⇒ Continuer avec CA10</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de fièvre ⇒ Aller à CA14</p>		
<p>CA10. AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>8⇒CA12</p>

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
<p>CA11. OÙ AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</p> <p><i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ?</p> <p><i>Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne pas suggérer de réponse.</i></p> <p><i>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>CHU/Centre spécialisé Gouv.A</p> <p>CHR/Hôpital général.B</p> <p>Centre de santé Gouv. (ESPC).....C</p> <p>Agent de santé communautaireD</p> <p>Clinique mobile/communautaire.....E</p> <p>Autre centre médical public (<i>préciser</i>)H</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé I</p> <p>Médecin privé J</p> <p>Pharmacie privée K</p> <p>Clinique mobile L</p> <p>Autre médical privé (<i>préciser</i>) _____ O</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) P</p> <p>Boutique Q</p> <p>Praticien traditionnel R</p> <p>Pharmacie par terre/ Rue S</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ X</p>	
<p>CA11B. Vérifier CA11. Un des codes A-O est-il sélectionné ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec CA11A</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à CA12</p>		
<p>CA11A. QUEL EST LE NOM DE LA(LS) STRUCTURE(S) OU AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES OU VOUS AVEZ RECHERCHE DES SOINS ?</p> <p><i>Insister pour avoir les noms de toutes les structures/ASC et enregistrer les codes. Si plusieurs structures citées, enregistrer par ordre de recherche de soins, en commençant par la première. Si la structure/ASC n'est pas pré-codée, choisir le code "99999996" et inscrire le(s) nom(s) dans l'espace prévu.</i></p>	<p>1^{ère} structure/ASC _____</p> <p>2^e structure/ASC _____</p> <p>3^e structure/ASC _____</p> <p>4^e structure/ASC _____</p>	
<p>CA12. A N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT LA MALADIE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À (<i>nom</i>) UN MÉDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA14</p> <p>8⇒CA14</p>

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
<p>CA13. QUEL(S) MÉDICAMENT(S) A-T-ON DONNÉ À (nom) ?</p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE MÉDICAMENT ?</p> <p><i>Encercler tous les médicaments donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Anti-paludéens :</p> <p>Pyriméthamine+ Sulfadoxine (Fansidar, Maloxine) A</p> <p>Chloroquine B</p> <p>Amodiaquine C</p> <p>Quinine D</p> <p>Combinaison Artésunate+Amodiaquine F</p> <p>Combinaison Artéméther+Luméfantine ... G</p> <p>Autre Combinaison avec Artémisinine K</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>Paracétamol /Panadol/Acetaminophen .. P</p> <p>Aspirine Q</p> <p>Ibuprofen, diclofénac 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. OÙ AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13)?</p> <p><i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>CHU/Centre spécialisé Gouv. 11</p> <p>CHR/Hôpital général. 12</p> <p>Centre de santé Gouv. (ESPC) 13</p> <p>Agent de santé communautaire 14</p> <p>Clinique mobile/communautaire 15</p> <p>Autre centre médical public (préciser) _ 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Clinique mobile 24</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>Pharmacie par terre/ Rue 34</p> <p>En avait déjà à la maison 40</p> <p>Autre (préciser) _____ 96</p>	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
CA13C. Vérifier CA13 : Antipaludéens mentionnés (codes A à H) ?		
<input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA13D		
<input type="checkbox"/> Non. ⇒ Aller à CA14		
<p>CA13D. OÙ AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13)?</p> <p><i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>CHU/Centre spécialisé Gouv. 11</p> <p>CHR/Hôpital général..... 12</p> <p>Centre de santé Gouv. (ESPC) 13</p> <p>Agent de santé communautaire 14</p> <p>Clinique mobile/communautaire 15</p> <p>Autre centre médical public (<i>préciser</i>) _ 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Clinique mobile 24</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>Pharmacie par terre/ Rue 34</p> <p>En avait déjà à la maison 40</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ 96</p>	
<p>CA13E. COMBIEN DE TEMPS APRÈS QUE LA FIÈVRE A COMMENCÉ, (nom) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIÈRE FOIS (nom de l'antipaludéen déclaré à CA13)?</p> <p><i>Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à CA13, donner le nom de tous les antipaludéens mentionnés.</i></p>	<p>Même jour 0</p> <p>Jour suivant 1</p> <p>2 jours après début de la fièvre 2</p> <p>3 jours après début de la fièvre 3</p> <p>4 jours ou plus après début de la fièvre 4</p> <p>NSP 8</p>	
CA14. Vérifier AG2 : Age de l'enfant		
<input type="checkbox"/> Enfant âgé de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec CA15		
<input type="checkbox"/> Enfant âgé de 3 ou 4 ans ⇒ Aller à UF13		
<p>CA15. LA DERNIÈRE FOIS QUE (nom) EST ALLÉ DÉFÉQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DÉBARRASSER DES EXCRÉMENTS?</p>	<p>Enfant a utilisé toilettes / latrines..... 01</p> <p>Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines 02</p> <p>Jeté / Rincé dans égout ou rigole..... 03</p> <p>Jeté aux ordures (déchets solides) 04</p> <p>Enterré..... 05</p> <p>Laissé à l'air libre..... 06</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ 96</p> <p>NSP 98</p>	

UF13. Enregistrer l'heure.

Heure et minutes ____ : ____

UF14. VÉRIFIER LA LISTE DES MEMBRES DU MÉNAGE, COLONNES HL7B ET H15

EST-CE QUE L'ENQUÊTÉ(E) EST LA MÈRE OU LE/LA GARDIEN(NE) D'UN AUTRE ENFANT ÂGÉ DE 0-4 ANS VIVANT DANS CE MÉNAGE ?

*Oui. ⇒ 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.

MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES DE L'ENFANT**AN**

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.

AN1. Nom et code du technicien :	Nom _____	
AN2. Résultat des mesures de la taille en position debout/allongé et du poids	Une ou les deux mesures 1	
	Enfant non présent 2	2⇒AN6
	Enfant ou personne en charge de l'enfant a refusé..... 3	3⇒AN6
	Autre (préciser) _____ 6	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 (cm) ____ . ____	
	Grandeur/Taille pas mesurée..... 999,9	⇒ AN6
AN4A. Est-ce que l'enfant a été mesuré couché ou debout ?	Couché 1	
	Débout..... 2	

AN6. 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. ⇒ Vérifier s'il y a d'autres questionnaires individuels à faire dans ce ménage.

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du chef d'équipe

Observations du Mesureur