

**ENQUETE PAR GRAPPES A INDICATEURS MULTIPLES (MICS)
2006**
QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS
PANNEAU D'INFORMATIONS SUR L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

UF

Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou les personnes en charge (voir la colonne HL8 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) d'enfants de moins de 5 ans vivant avec celles-ci (voir la colonne HL5 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible.

Inscrivez les numéros de grappe et de ménage, et les noms et numéros de ligne de l'enfant et de la mère/personne en charge dans l'espace ci-dessous. Inscrivez votre nom, votre code et la date de l'interview.

UF1. Numéro de la grappe :	_ _ _
UF2. Numéro du ménage :	_ _ _
UF3. Nom de l'enfant : _____ UF4. N° de ligne	_ _
UF5. Nom de la mère/personne en charge : _____ UF6. N° de ligne	_ _
UF7. Nom et code de l'Enquêtrice : _____	_ _
UF7A. Nom et code du Contrôleur : _____	_ _
UF8. Jour/Mois/Année de l'interview :	/__ / __ / 2006 /
UF9. Résultat de l'interview des enfants de moins de 5 ans <i>(Les codes font référence à la mère/personne en charge)</i>	Rempli..... 1 Pas à la maison/absent..... 2 Refusé..... 3 Rempli partiellement 4 Incapacité..... 5 Autre (à préciser) 6

<p>UF10. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA SANTE DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DONT VOUS AVEZ LA CHARGE, ET QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS.</p> <p>JE VEUX VOUS POSER DES QUESTIONS SUR (<i>nom</i>). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (<i>nom</i>) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insistez :</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p><i>Si la mère/personne en charge connaît la date de naissance exacte, inscrivez également le jour ; autrement, encerclez 98 pour jour.</i></p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Jour _ _ NSP jour.....98</p> <p>Mois..... _ _ </p> <p>Année..... _ _ _ </p>
<p>UF11. QUEL AGE AVAIT (<i>nom</i>) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? <i>Inscrivez l'âge en années révolues.</i></p>	<p>Âge en années révolues..... _0_ _ </p>

MODULE SUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT		CE
<i>La question CE1 est à administrer une seule fois à chaque mère/personne en charge</i>		
CE1. COMBIEN DE LIVRES Y A-T-IL DANS LE MENAGE? S'IL VOUS PLAÎT, INCLURE LES LIVRES SCOLAIRES MAIS PAS LES AUTRES LIVRES POUR ENFANTS TELS QUE LES LIVRES ILLUSTRÉS <i>Si aucun, enregistrez 00</i>	Nombre de livres pour adultes..... _0_ _ Dix livres pour adultes ou plus..... 10	
CE2. COMBIEN DE LIVRES POUR ENFANTS OU DE LIVRES ILLUSTRÉS AVEZ-VOUS POUR (<i>nom</i>) ? <i>Si aucun, enregistrez 00</i>	Nombre de livres pour enfants..... _0_ _ Dix livres pour enfants ou plus..... 10	
CE3. JE VOUDRAIS CONNAÎTRE LES OBJETS QUE (<i>nom</i>) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST À LA MAISON. AVEC QUOI (<i>nom</i>) JOUE-T-IL/ELLE ? EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC : OBJETS DU MÉNAGE COMME VAISSELLE, PLATS, TASSES, POTS ? OBJETS ET MATÉRIELS RAMASSÉS EN DEHORS DU QUARTIER COMME BRANCHES, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLAGE ? JOUETS FABRIQUÉS À LA MAISON COMME POUPEES, VOITURES ET AUTRES JOUETS FABRIQUÉS À LA MAISON ? JOUETS ACHETÉS DANS UN MAGASIN ? <i>Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories mentionnées, insistez pour savoir spécifiquement avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse</i> <i>Encerclez le code Y si l'enfant ne joue avec aucun de ces objets mentionnés</i>	Objets pour le ménage (vaisselle, plats, tasses, pots).....A Objets et matériels trouvés en dehors du quartier comme (branches, pierres, animaux, coquilles, feuillage).....B Jouets fabriqués à la maison (poupées, voitures et autres jouets fabriqués à la maison).....C Jouets achetés dans un magasin.....D Pas de jouets mentionnés.....Y	
CE4. QUELQUES FOIS, LES ADULTES S'OCCUPANT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON SOIT POUR ALLER FAIRE DES COURSES OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT CONFIER LES ENFANTS À D'AUTRES PERSONNES. DEPUIS (JOUR DE LA SEMAINE) DERNIER COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ÉTÉ LAISSÉ(E) AU SOIN D'UN AUTRE ENFANT (C'EST À DIRE À QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS)? <i>Si aucun, enregistrez 00</i>	Nombre de fois _ _	
CE5. DURANT LA SEMAINE DERNIÈRE COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ÉTÉ LAISSÉ(E) SEUL(E) ? <i>Si aucune fois, enregistrez 00</i>	Nombre de fois _ _	

MODULE SUR LA VITAMINE A		VA
VA1. (Nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLEMENT) COMME CELLE-CI ? <i>Montrez la capsule ou le flacon pour différentes doses :</i> <i>100 000 UI pour les enfants âgés de 6-11 mois, 200 000 UI pour les enfants âgés de 12-59 mois.</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 → MODULE SUIV. 8 → MODULE SUIV.
VA2. CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (nom) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?	Nombre de mois NSP 98	
VA3. OU (nom) AVAIT-IL/ELLE REÇU CETTE DERNIERE DOSE ?	Au centre de santé lors d'une visite de routine 1 Au centre de santé quand l'enfant était malade 2 Journée Nationale de Vaccination 3 Autre (à préciser) 6 NSP 8	1 → MODULE SUIV. 2 → VA3A 3 → MODULE SUIV. 6 → MODULE SUIV. 8 → MODULE SUIV.
VA3A. DE QUELLE MALADIE SOUFFRAIT-IL/ELLE ?	Infections respiratoires aiguës 1 Rougeole 2 Malnutrition 3 Diarrhée 4 Autre maladie (à préciser) 6	

MODULE SUR L'ALLAITEMENT		BF
BF1. (Nom) A-T-IL/ELLE ETE ALLAITE AU SEIN ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2→BF3 8→BF3
BF2. (nom) EST-IL ENCORE ALLAITE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2→MODU- LE SUIV.
<p>Vérifiez l'âge de l'enfant à la question UF11: l'âge de l'enfant est-il compris entre 0 et 35 mois (moins de 3 ans) ?</p> <p><i>Oui, l'âge de l'enfant est compris entre 0 et 35 mois</i> <input type="checkbox"/> ↓ Continuez avec BF2A</p> <p><i>Non</i> <input type="checkbox"/> → Passez au module suivant</p>		
BF2A. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, EST-CE QUE (NOM) A ETE NOURRI(E) AU SEIN ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1→BF3 8→BF3
BF2B. POURQUOI N'A-T-IL/ELLE PAS ETE NOURRI(E) AU SEIN ?	Enfant malade 1 Refuse de téter 2 Mère malade 3 Mère absente 4 NSP 8	
BF3. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, A-T-IL/ELLE REÇU L'UNE DES CHOSES SUIVANTES :		O N NSP
<p><i>Lisez à haute voix le nom de chaque élément et enregistrez la réponse avant de passer à l'élément suivant.</i></p>		
BF3A. SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU DE MEDICAMENTS ?	A. Suppléments de vitamines 1 2 8	
BF3B. EAU ?	B. Eau 1 2 8	
BF3C. EAU SUCREE, OU JUS DE FRUIT OU THE OU INFUSION ?	C. Eau sucrée ou jus 1 2 8	
BF3D. SEL DE REHYDRATATION ORALE/ SOLUTION SUCREE SALEE ?	D. Sel de Réhydratation Orale/Solution Sucrée Salée 1 2 8	
BF3E. PREPARATION POUR BEBES COMMERCIALISEE ?	E. Préparation 1 2 8	
BF3F. LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU LAIT FRAIS ?	F. Lait 1 2 8	
BF3G. AUTRES LIQUIDES ?	G. Autres liquides 1 2 8	
BF3H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ?	H. Aliment solide ou semi-solide..... 1 2 8	
BF3I. FROMAGE OU YAOURT ?	I. Fromage ou yaourt 1 2 8	
<p>BF4. Vérifiez BF3H : L'enfant a reçu un aliment solide ou semi-solide (purée) ?</p> <p><i>Oui</i> <input type="checkbox"/> ↓ Continuez avec BF5</p> <p><i>Non ou NSP</i> <input type="checkbox"/> → Passez au Module Suivant</p>		
BF5. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL/ELLE MANGE DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES OU DES PUREES AUTRES QUE DES LIQUIDES ?	Nombre de fois __ Ne sait pas 8	
<p><i>Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.</i></p>		

MODULE SUR LES SOINS DES ENFANTS MALADES		CA
<p>CA1. EST-CE-QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?</p> <p><i>La diarrhée est déterminée selon la perception de la maladie par la mère, ou personne en charge, ou trois selles liquides par jour, ou du sang dans les selles.</i></p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>2→CA5</p> <p>8→CA5</p>
<p>CA2. DURANT LE DERNIER EPISODE DE DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) AU MOINS L'UNE DES CHOSES SUIVANTES A BOIRE :</p> <p><i>Lisez à haute voix le nom de chaque produit et enregistrez la réponse avant de passez au produit suivant.</i></p> <p>CA2A. UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET DE SRO (ORASEL PAR EXEMPLE) ?</p> <p>CA2B. UN LIQUIDE MAISON RECOMMANDE PAR LE GOUVERNEMENT ?</p> <p>CA2C. UN LIQUIDE SRO PREEMBALLÉ ?</p>	<p>O N NSP</p> <p>A. Liquide SRO préparé.....1 2 8</p> <p>B. Liquide maison.....1 2 8</p> <p>C. Liquide SRO préemballé.....1 2 8</p>	
<p>CA3. DURANT LA DIARRHEE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNE A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p> <p><i>Si « moins », insistez :</i> BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS ?</p>	<p>Rien.....1</p> <p>Beaucoup moins.....2</p> <p>Un peu moins.....3</p> <p>Environ la même quantité.....4</p> <p>Plus.....5</p> <p>NSP.....8</p>	
<p>CA4. DURANT LA DIARRHEE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNE A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p> <p><i>Si « moins », insistez :</i> BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS ?</p>	<p>Rien.....1</p> <p>Beaucoup moins.....2</p> <p>Un peu moins.....3</p> <p>Environ la même quantité.....4</p> <p>Plus.....5</p> <p>NSP.....8</p>	
<p>CA4A. OU AVEZ-VOUS OBTENU LE SACHET DE SRO ?</p>	<p>Sources publiques</p> <p>Hôpital11</p> <p>Centre médicalisé d'arrondissement (CMA) 12</p> <p>Centre de santé intégré (CSI)/CS/PMI.....13</p> <p>Autre public (<i>à préciser</i>).....16</p> <p>Sources médicales privées</p> <p>Hôpital privé21</p> <p>Médecin privé22</p> <p>Pharmacie23</p> <p>Clinique24</p> <p>Autre médical (<i>à préciser</i>).....26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent(e) ou ami(e)31</p> <p>Vendeur de médicaments32</p> <p>Guérisseur traditionnel33</p> <p>Gic santé34 ...</p> <p>Autre (<i>à préciser</i>).....96</p> <p>Non concerné.....99</p>	<p>99→CA5</p>

<p>CA4B. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR LE SACHET DE SRO ?</p> <p>MONTANT EN FCFA</p>	<p>Montant..... _ _ _ _ </p> <p>Gratuit.....9996</p> <p>NSP.....9998</p>	
<p>CA5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A SOUFFERT DE LA TOUX, A UN MOMENT QUELCONQUE, DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>2→CA12</p> <p>8→CA12</p>
<p>CA6. QUAND (<i>nom</i>) A SOUFFERT DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU AVAIT-IL DES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>2→CA12</p> <p>8→CA12</p>
<p>CA7. EST-CE QUE LES SYMPTOMES SONT DUS A UN PROBLEME DANS LA POITRINE, LE NEZ QUI ETAIT BOUCHE OU QUI COULAIT ?</p>	<p>Problème dans la poitrine.....1</p> <p>Nez bouché ou qui coule.....2</p> <p>Les deux.....3</p> <p>Autre (<i>à préciser</i>).....6</p> <p>NSP.....8</p>	<p>2→CA12</p> <p>6→CA12</p>
<p>CA8. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE EN DEHORS DE LA MAISON ?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>2→CA10</p> <p>8→CA10</p>
<p>CA9. OU AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT ?</p> <p>QUELQUE PART AILLEURS</p> <p><i>Encerclez tous les prestataires mentionnés, mais NE faites PAS de suggestions.</i></p> <p><i>S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrivez le nom de l'endroit. Insistez pour déterminer le type de source et encerclez le code approprié.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Sources publiques</p> <p>HôpitalA</p> <p>Centre médicalisé d'arrondissement (CMA) ..B</p> <p>Centre de santé intégré (CSI)/CS/PMI.....C</p> <p>Autre public (<i>à préciser</i>).....H</p> <p>Sources médicales privées</p> <p>Hôpital privé.....I</p> <p>Médecin privéJ</p> <p>PharmacieK</p> <p>CliniqueL</p> <p>Autre médical (<i>à préciser</i>).....O</p> <p>Autre source</p> <p>Parent(e) ou ami(e)P</p> <p>Vendeur de médicamentsQ</p> <p>Guérisseur traditionnelR</p> <p>Gic SantéS...</p> <p>Autre (<i>à préciser</i>).....X</p>	
<p>CA10. EST-CE-QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>2→CA12</p> <p>8→CA12</p>
<p>CA11. QUEL MEDICAMENT (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ?</p> <p>AUTRE CHOSE ?</p> <p><i>Encerclez tous les médicaments mentionnés.</i></p>	<p>Traitement antibiotique.....A</p> <p>Paracétamol/ Efferalgan.....B</p> <p>Aspirine.....C</p> <p>Ibuprofen.....D</p> <p>Amodiaquine.....E</p> <p>Artesunate.....F</p> <p>Amodiaquine et Artesunate.....G</p> <p>Vitamine A.....H</p> <p>Autre (<i>à préciser</i>).....X</p> <p>NSP.....Z</p>	

<p>CA11A. OU AVEZ-VOUS RECU/PAYE LES ANTIBIOTIQUES?</p> <p><i>Vérifiez que la modalité 'A' a été encerclée à CA11.</i></p>	<p>Sources publiques Hôpital 11 Centre médicalisé d'arrondissement (CMA) 12 Centre de santé intégré (CSI)/CS/PMI..... 13</p> <p>Autre public (à préciser)..... 16</p> <p>Sources médicales privées Hôpital privé21 Médecin privé22 Pharmacie23 Clinique24</p> <p>Autre médical (à préciser).....26</p> <p>Autre source Parent(e) ou ami(e)31 Vendeur de médicaments32 Guérisseur traditionnel33 Gic santé34</p> <p>Autre (à préciser).....96 Non concerné.....99</p>	
<p>CA11B. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR LES ANTIBIOTIQUES ?</p> <p><i>Vérifiez que la modalité 'A' a été encerclée à CA11.</i></p>	<p>Montant _ _ _ _ </p> <p>Gratuit 9996</p> <p>NSP..... 9998</p>	
<p>CA12. Vérifiez UF11 : L'enfant est âgé de moins de 3 ans ?</p> <p>Oui, l'enfant est âgé de moins de 3 ans <input type="checkbox"/> ↓ Continuez avec CA13</p> <p>Non <input type="checkbox"/> → Passez à CA14</p>		
<p>CA13. LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLE(E) A LA SELLE, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS ?</p>	<p>L'enfant a utilisé les toilettes/latrines01 Jeté dans les toilettes/latrines02 Jeté dans les égouts ou le fossé03 Jeté avec les ordures ménagères04 Enterré05 Laisser à l'air libre06</p> <p>Autre (à préciser).....96 NSP98</p>	
<p><i>Posez à chaque personne en charge d'enfant, la question suivante (CA14) seulement une fois.</i></p> <p>CA14. PARFOIS LES ENFANTS SOUFFRENT DE MALADIES SEVERES ET DEVRAIENT ETRE CONDUITS TOUT DE SUITE A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE. QUELS TYPES DE SYMPTOMES VOUS AMENERAIENT A CONDUIRE IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?</p> <p>AUTRE CHOSE ?</p> <p><i>Continuez à demander à l'enquêtée de citer plus de signes ou de symptômes jusqu'à ce qu'elle ne soit plus en mesure de le faire. Encercler tous les symptômes mentionnés. Mais ne lui faites pas de suggestions.</i></p>	<p>L'enfant ne peut pas boire ou téter..... A L'enfant devient de plus en plus malade B L'enfant développe une fièvre C L'enfant a une respiration rapide..... D L'enfant a des difficultés à respirer..... E L'enfant a du sang dans les selles F L'enfant boit difficilement..... G L'enfant fait la diarrhée et/ou vomit H</p> <p>Autre (à préciser)..... X Autre (à préciser)..... Y Autre (à préciser)..... Z</p>	

MODULE SUR LE PALUDISME		ML
ML1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A SOUFFERT, A UN MOMENT QUELCONQUE, DE LA FIEVRE DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A- DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2→ML10 8→ML10
ML2. (NOM) A-IL/ELLE ETE CONSULTE(E) DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE POUR CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2→ML6 8→ML6
ML3. (Nom) A-IL/ELLE PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME QUI ONT ETE FOURNIS OU PRESCRITS PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2→ML5 8→ML5
ML4. QUEL MEDICAMENT FOURNI OU PRESCRIT PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? AUTRE CHOSE ? <i>Encerclez les codes de tous les médicaments mentionnés.</i>	Antipaludéens : SP(Fansidar, Maloxine).....A Chloroquine.....B Amodiaquine.....C Quinine.....D Artesunate.....E Amodiaquine et Artesunate F Autre antipaludéen (à préciser) H Autres médicaments : Paracétamol/ Acetaminophen P Aspirine Q Ibuprofen.....R Autre (à préciser).....X NSPZ	
ML5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1→ML7 2→ML8 8→ML8
ML6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2→ML8 8→ML8
ML7. QUEL MEDICAMENT (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? AUTRE CHOSE ? <i>Encerclez les codes de tous les médicaments donnés. Demandez à voir le médicament si le type de médicament n'est pas connu.</i>	Antipaludéens : SP(Fansidar, Maloxine).....A Chloroquine.....B Amodiaquine.....C Quinine.....D Artesunate.....E Amodiaquine et Artesunate F Autre antipaludéen (à préciser) H Autres médicaments : Paracétamol/ Acetaminophen P Aspirine Q Ibuprofen.....R Autre (à préciser).....X NSPZ	
ML8. Vérifiez ML4 et ML7 : Antipaludéens mentionnés (codes A - H) ?		
<p>Oui, codes A à H mentionnés <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> → Passez à ML10</p> <p>↓</p> <p>Continuez avec ML9</p>		

<p>ML9. COMBIEN DE TEMPS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE, (<i>nom</i>) A-T-IL COMMENCE A PRENDRE (<i>nom</i> de l'antipaludéen mentionné à ML4 ou ML7) ?</p> <p><i>S'il y a plusieurs antipaludéens mentionnés à ML4 ou ML7, il faut citer tous les noms des médicaments antipaludéens mentionnés.</i></p> <p><i>Enregistrez le code du jour où l'antipaludéen a été donné pour la première fois.</i></p>	Même jour 0 Le jour suivant 1 2 jours après la fièvre..... 2 3 jours après la fièvre..... 3 4 jours ou plus après la fièvre 4 NSP 8	
<p>ML9A. OU AVEZ-VOUS RECU/PAYE L'ANTIPALUDEEN ?</p>	Sources publiques Hôpital11 Centre médicalisé d'arrondissement (CMA)12 CSI/CS/PMI.....13 Autre public (<i>à préciser</i>).....16 Sources médicales privées Hôpital privé21 Médecin privé.....22 Pharmacie23 Clinique24 Autre privé médical (<i>à préciser</i>).....26 Autre source Parent(e) ou ami(e).....31 Vendeur de médicaments.....32 Guérisseur traditionnel33 GIC Santé34 Autre privé médical (<i>à préciser</i>).....96	
<p>ML9B. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR L'ANTIPALUDEEN ?</p> <p>(EN FCFA)</p>	Montant..... _ _ _ _ Gratuit 9996 NSP 9998	
<p>ML10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?</p>	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 →MODULE SUIV. 8 →MODULE SUIV.
<p>ML11. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL LA MOUSTIQUAIRE ?</p> <p><i>Si moins de 1 mois, écrivez '00'.</i> <i>Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insistez pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard.</i></p>	Mois _ _ Plus de 24 mois 95 Pas sûre..... 98	

<p>ML12. QUEL EST LE TYPE DE MOUSTIQUAIRE ?</p> <p>MOUSTIQUAIRES PERMANENTES :</p> <p>MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES :</p> <p>AUTRES MOUSTIQUAIRES :</p>	<p>Moustiquaire permanente : 1</p> <p>Moustiquaire imprégnée : 2</p> <p>Autre moustiquaire : (<i>à préciser</i>) 6</p> <p>NSP 8</p>	<p>1 → MODULE SUIV.</p> <p>2 → ML14</p>
<p>ML13. LORSQUE VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ELOIGNER LES MOUSTIQUES ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP /pas sûre 8</p>	
<p>ML14. DEPUIS QUE VOUS AVEZ LA (LES) MOUSTIQUAIRE(S), EST-CE QUE VOUS L'AVEZ (LES AVEZ) TREMPEE(S) OU PLONGEE(S) DANS UN LIQUIDE POUR TUER/ELOIGNER LES MOUSTIQUES OU LES INSECTES ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 → MODULE SUIV.</p> <p>8 → MODULE SUIV.</p>
<p>ML15. COMBIEN DE TEMPS S'EST-IL ECOULE DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPEE OU PLONGEE DANS UN LIQUIDE INSECTICIDE POUR LA DERNIERE FOIS ?</p> <p><i>Si moins de 1 mois, écrire '00'.</i></p> <p><i>Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insistez pour déterminer si la moustiquaire a été imprégnée/trempée il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard</i></p>	<p>Mois </p> <p>Plus de 24 mois 95</p> <p>Pas sûre/NSP 98</p>	

MODULE SUR LA VACCINATION		IM						
<p><i>Si un carnet de vaccination est disponible, copiez dans IM2-IM8 les dates de chaque type de vaccin et de dose de vitamine inscrites dans le carnet. Les questions IM10-IM18 sont réservées à l'enregistrement des vaccinations qui ne sont pas inscrites dans le carnet. Ces questions seront posées seulement quand il n'y a pas de carnet de vaccination disponible.</i></p>								
IM1.Y A-T-IL UN CARNET DE VACCINATION POUR (nom) ?	Oui, vu.....	1						2→IM10
	Oui, pas vu.....	2						3→IM10
	Non	3						
<p>(a) Copiez les dates des vaccinations pour chaque vaccin à partir du carnet. Écrivez '44' dans la colonne 'jour' si le carnet indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée. Inscrivez 00 dans la colonne 'jour' si le carnet n'indique que le mois et l'année de la vaccination.</p>	Date de vaccination							
	JOUR	MOIS	ANNÉE					
IM2. BCG	BCG							
IM3A. POLIO A LA NAISSANCE	VPO0							
IM3B. POLIO 1	VPO1							
IM3C. POLIO 2	VPO2							
IM3D. POLIO 3	VPO3							
IM4A. DTCOQ 1	DTCOQ1							
IM4B. DTCOQ 2	DTCOQ2							
IM4C. DTCOQ 3	DTCOQ3							
IM5A. HEPATITE B (1)	HEP1							
IM5B. HEPATITE B (2)	HEP2							
IM5C. HEPATITE B (3)	HEP3							
IM6. ROUGEOLE (OU VAR OU ROUVAX OU ROR)	ROUGEOLE							
IM7. FIEVRE JAUNE (OU VAA)	FJ							
IM8A. VITAMINE A (1)	VITA1							
IM8B. VITAMINE A (2)	VITA2							
<p>IM9. EN PLUS DES VACCINATIONS ET DES CAPSULES DE VITAMINE A INSCRITES SUR LE CARNET, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS, Y COMPRIS LES VACCINATIONS FAITES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION?</p> <p><i>Enregistrez 'Oui' seulement si l'enquêtée mentionne BCG, VPO 0-3, DTCOq 1-3, Hépatite B 1-3, Rougeole, vaccin de Fièvre Jaune, ou des suppléments en Vitamine A.</i></p>	Oui	1						1→IM19
	Non	2						2→IM19
	NSP.....	8						8→IM19
<p>IM10. EST-CE QUE (nom) A REÇU DES VACCINATIONS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION ?</p>	Oui	1						2→IM19
	Non	2						2→IM19
	NSP.....	8						8→IM19

IM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'ÉPAULE QUI LAISSE, GÉNÉRALEMENT, UNE CICATRICE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
IM12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE VACCINATION SOUS FORME « DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE DES MALADIES - COMME LA POLIO ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2→IM15 8→IM15
IM13. QUAND LE PREMIER VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ, JUSTE APRÈS LA NAISSANCE (DANS LES DEUX PREMIÈRES SEMAINES) OU PLUS TARD ?	Juste après la naissance (dans les 2 semaines) 1 Plus tard 2	
IM14. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois NSP 98	
IM15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION DTCOQ » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE À LA CUISSE OU À LA FESSE POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTÉRIE ? (DONNÉE QUELQUEFOIS EN MÊME TEMPS QUE LES GOUTTES CONTRE LA POLIO).	Oui 1 Non 2 NSP 8	2→IM17 8→IM17
IM16. COMBIEN DE FOIS ?	Nombre de fois NSP 98	
IM17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE » OU VAR - C'EST-A-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	
IM18. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? (DONNÉE QUELQUEFOIS EN MÊME TEMPS QUE LA ROUGEOLE).	Oui 1 Non 2 NSP 8	
IM18A. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER L'HÉPATITE ? (DONNÉE QUELQUEFOIS AVANT 5 ANS).	Oui 1 Non 2 NSP 8	2→IM18C 8→IM18C
IM18B. COMBIEN DE FOIS ?	Nombre de fois NSP 98	
IM18C. EST-CE QUE (NOM) A REÇU DE LA VITAMINE A ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2→IM19 8→IM19
IM18D. COMBIEN DE FOIS ?	Nombre de fois NSP 98	
IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (<i>nom</i>) A PARTICIPE À L'UNE DES JOURNÉES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU DE VITAMINE A OU LES JOURNÉES DE LA SANTÉ DE L'ENFANT:		
IM19A. JOURNÉE NATIONALE DE VACCINATION	JNV 1 2 8	
IM19B. ACTIVITÉ DE ROUTINE	ACTIVITÉ DE ROUTINE 1 2 8	
IM19C. AUTRE CAMPAGNE	AUTRE CAMPAGNE 1 2 8	

IM20. *Y a-t-il un autre enfant qui vit dans le ménage dont l'enquêtée est la mère/personne en charge ?
Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8.*

*Oui → Fin du présent questionnaire ; et puis
Passez au QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS 5 ANS pour l'administrer à l'enfant éligible suivant.*

Non → Fin de l'interview. Remerciez l'enquêté(e) de sa collaboration.

Si cet enfant est le dernier enfant éligible dans le ménage, passez au MODULE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE.

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

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

Oui → Enregistrez les mesures pour l'enfant suivant.

*Non → Fin de l'interview avec ce ménage. Remerciez tous les participants de leur collaboration.
Rassemblez tous les questionnaires de ce ménage et vérifiez que les numéros d'identification figurent en haut de chaque
page de garde. Inscrivez le nombre de questionnaires remplis sur la page du Panneau d'Identification du questionnaire
ménage.*