

PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	UF
<i>Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir colonne HL9 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir colonne HL6 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible.</i>	
UFA. Wilaya	_ _
UFB. Commune:	_ _
UF1. Numéro de la grappe:.....	_ _ _
UF2. Numéro du ménage.....	_ _
UF3 Nom de l'enfant _____	
UF4. Numéro de ligne de l'enfant.....	_ _
UF5. Nom de la mère/ gardienne	
UF6. Numéro de ligne de la mère/gardienn.....	_ _
UF7. Nom et Code de l'enquêtrice Nom _____	_ _ _
UF8. Jour/Mois/Année de l'interview	_ _ _ _ _

Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée :

Nous faisons partie du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. Nous travaillons sur un projet concernant la santé familiale et l'éducation. Je voudrais vous parler sur 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 vos réponses ne seront jamais divulguées à personne en dehors de l'équipe du projet.

Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lisez 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 vos réponses ne seront jamais divulguées à personne en dehors de l'équipe du projet

Puis-je commencer maintenant ?

- Oui, permission accordée* *Allez à UF12 pour enregistrer l'heure et commencer l'interview.*
- Non, permission non accordée* *complétez uf9. discutez ce résultat avec votre contrôleur*

UF9. Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans		_ _
Les codes font référence à la mère/gardienne.		
Rempli.....01	Partiellement rempli	04
Pas à la maison..... 02	Incapacité	05
Refusé 03	Autre (préciser)	96

TABLEAU DE CONTROLE ET DE VERIFICATION DU BUREAU

UF10. Contrôlé par (Nom et Code)	UF11. Agent de saisie (Nom et code)
Nom _____ Code _ _	Nom _____ Code _ _

UF12. Enregistrez l'heure de début de l'interview	Heure et minutes :.....	_ _ _ _
--	-------------------------	---------

MODULE 1 : AGE DE L'ENFANT

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
AG1	<p>Maintenant, je veux vous poser des questions sur (<i>Nom</i>). En quel jour, en quel mois et en quelle année (<i>Nom</i>) est-il/elle né(e) ?</p> <p><i>Insistez:</i></p> <p>Quelle est sa date de naissance ?</p> <p><i>Si la mère/personnes qui s'occupe de l'enfant connaît la date de naissance exacte, inscrivez également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour</i></p> <p><i>Le mois et l'année doivent être obligatoirement enregistrés.</i></p>	Jour	_ _	
		Ne sait pas le jour	98	
		Mois	_ _	
		Année	_ _ _ _	
AG2	<p>Quel âge avait (<i>Nom</i>) à son dernier anniversaire ?</p> <p><i>Inscrire l'âge en années révolues</i></p> <p><i>Si moins de 1 an, enregistrez '0'.</i></p> <p><i>Comparez et corrigez AG1 et/ou AG2 si incohérentes.</i></p>	Age en années révolues	_	

MODULE 2 : ENREGISTREMENT DES NAISSANCES

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
BR1	(Nom) a-t-il/elle un acte de naissance ? <i>Si oui demander</i> Puis-je le voir ?	Oui, document consulté	1	BR2A
		Oui, document non consulté	2	
		Non	3	
		NSP	8	
BR2	La naissance de (Nom) a-t- elle été enregistrée/ déclarée à l'état civil ?	Oui	1	
		Non	2	BR3
		NSP	8	BR3
BR2A	A quel moment après la naissance (Nom) a été déclaré à l'état civil ? (Si moins d'une journée c'est-à-dire le jour de la naissance de Nom inscrire 00)	Nombre de jours	_ _	Module suivant
		NSP	98	

BR3	Savez-vous comment faire enregistrer la naissance de votre enfant ?	Oui	1	
		Non	2	
BR4	Pourquoi la naissance de (Nom) n'a pas été enregistrée à l'état civil ?	Eloignement	1	
		Ne savait pas qu'il fallait l'enregistrer	2	
		Ne sait pas où l'enregistrer	3	
		Autre	6	
		NSP	8	

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A		
EC1	Combien de livres d'enfants ou de livres d'images) avez-vous pour (<i>Nom</i>) ?	Aucun	00			
		Nombre de livres pour enfants	_0_ _			
		Dix livres ou plus	10			
EC2	Je voudrais connaître les objets que (<i>Nom</i>) utilise pour jouer quand il/elle est à la maison.	Jouets fabriqués à la maison.....	Oui	Non	NSP	
	Avec quoi (<i>Nom</i>) joue-t-il/elle ? <i>Est-ce qu'il/elle joue avec :</i>	Jouets de magasins.....	1	2	8	
	[A] des jouets fabriqués à la maison (comme des poupées, voitures ou autres jouets) ?	Objets du ménage ou trouvés dehors	1	2	8	
[B] des jouets achetés d'un magasin ?						
	[C] des objets du ménage comme vaisselle, plats, casseroles, tasses, pots, ou des objets trouvés dehors (comme des bâtons, pierres, boîtes vides de conserves,) ?					
	<i>Si l'enquêt(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insistez pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.</i>					
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.	Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure		_		
	Au cours de la semaine passée, combien de jours (<i>Nom</i>) a-t-il/elle été :					
	[A] laissé seul(e) pendant plus d'une heure ?					
	[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 ?	Nombre de jours laisser avec un enfant pendant plus d'une heure		_		
	<i>Si 'jamais', inscrivez '0'. Si 'Ne sait pas', inscrivez '8'</i>					
EC4	Vérifier AG2, Age de l'enfant					
	<input type="checkbox"/> Enfant âgé de 3 ou 4 ans.	Continuer avec la question suivante (EC5)				
	<input type="checkbox"/> Enfant âgé de moins de 3 ans.	Module suivant				

EC5	<i>(Nom)</i> Suit t-il/elle un programme d'apprentissage éducatif ou une classe d'éveil tel qu'un centre public ou privé, y compris un jardin d'enfant, une garderie (crèche) ?	Oui				1	EC7
		Non				2	
		NSP				8	
EC6	Au cours des sept (7) derniers jours, environ combien d'heures <i>(Nom)</i> a-t-il/elle fréquenté cet endroit ?	Nombre d'heures				_ _ _	
EC7	Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du ménage de plus de 15 ans, participé avec <i>(Nom)</i> à l'une des activités suivantes: <i>Si oui, demandez:</i> Qui a participé à cette activité avec <i>(Nom)</i> ? <i>Encerclez tout ce qui est mentionné.</i>		Mère	Père	Autre	Personnes	
	[A] Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec <i>(Nom)</i> ?	Lire des livres	A	B	X	Y	
	[B] Raconter des histoires à <i>(Nom)</i> ?	Raconter des histoires	A	B	X	Y	
	[C] Chanter des chansons à <i>(Nom)</i> ou avec <i>(Nom)</i> , y compris des berceuses ?	Chanter des chansons	A	B	X	Y	
	[D] Emmener <i>(Nom)</i> en promenade en dehors de la maison, de la résidence, de la cour ou de l'enceinte ?	Promener	A	B	X	Y	
	[E] Jouer avec <i>(Nom)</i> ?	Jouer	A	B	X	Y	
	[F] Passer du temps avec <i>(Nom)</i> à nommer, à compter, et/ou à dessiner ?	Passer du temps	A	B	X	Y	
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.	Oui				1	
		Non				2	
	Est-ce que <i>(Nom)</i> connaît ou peut citer au moins dix lettres de l'alphabet ?	NSP					8

EC9	Est-ce que (<i>Nom</i>) peut lire au moins quatre mots simples, courants ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	
EC10	Est-ce que (<i>Nom</i>) peut citer et reconnaître tous les chiffres de 1 à 10 ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	
EC11	Est-ce que (<i>Nom</i>) peut attraper par terre avec deux doigts un petit objet, comme un bâton ou un caillou?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	
EC12	Est-ce qu'il arrive parfois que (<i>Nom</i>) soit trop malade pour jouer ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	
EC13	Est-ce que (<i>Nom</i>) est capable de suivre de simples instructions pour faire quelque chose correctement ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	
EC14	Quand on donne quelque chose à faire à (<i>Nom</i>), est-il/elle capable de le faire de manière indépendante ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	
EC15	Est-ce que (<i>Nom</i>) s'entend bien avec les autres enfants ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	
EC16	Est-ce que (<i>Nom</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>Nom</i>) est facilement distrait ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
BF1	(Nom) a-t-il/elle été allaité au sein ?	Oui	1	BF3
		Non	2	
		NSP	8	
BF2	(Nom) est il/elle toujours allaité au sein ?	Oui	1	BF3
		Non	2	
BF2A.	A quel âge (Nom) a-t-il/elle été sevré ?	Age en mois	_ _	
		NSP	98	
BF2B	(Nom) a-t-il/elle été sevré soudainement ou progressivement ?	Soudainement	1	
		progressivement	2	
		NSP	8	
BF2C	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (Nom) à cet âge ?	Enfant a atteint l'âge de sevrage	01	
		Enfant a refusé le sein	02	
		Mère devenu malade	03	
		Pas de lait/ Insuffisant	04	
		Mère était tombée enceinte	05	
		Mère désirait contraception	06	
		Autre (à préciser).....	96	
BF3	Je voudrais maintenant vous demander quels liquides (Nom) a reçu hier pendant le jour ou la nuit. Je cherche à savoir si (Nom) a reçu ce liquide même s'il était mélangé avec d'autres aliments. Est-ce que (Nom) a bu de l'eau hier, pendant le jour ou la nuit ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	
BF4	Est-ce que (Nom) a bu une <u>préparation pour bébé</u> vendu en commerce hier, pendant le jour ou la nuit ?	Oui	1	BF6
		Non	2	
		NSP	8	
BF5	Combien de fois (Nom) a t-il bu une préparation pour bébé vendue en commerce ?	Nombre de fois	_ _	
BF6	Est-ce que (Nom) a bu du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal, hier pendant le jour ou la nuit ?	Oui	1	BF8
		Non	2	
		NSP	8	
BF7	Combien de fois (Nom) a t-il bu du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ?	Nombre de fois	_ _	

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
BF8	Est-ce que (<i>Nom</i>) a bu des jus de fruits ou des boissons à base de jus de fruits, hier pendant le jour ou la nuit ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	
BF9	Est-ce que (<i>Nom</i>) a bu du Bouillon hier pendant le jour ou la nuit ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	
BF10	Est-ce que (<i>Nom</i>) a bu des suppléments vitaminiques ou minéraux ou des médicaments, hier pendant le jour ou la nuit ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	
BF11	Est-ce que (<i>Nom</i>) a bu une SRO (Solution de Réhydratation orale) hier pendant le jour ou la nuit ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	
BF12	Est-ce que (<i>Nom</i>) a bu d'autres liquides, hier pendant le jour ou la nuit ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	
BF13	Est-ce que (<i>Nom</i>) a bu ou mangé des yaourts hier, pendant le jour ou la nuit ?	Oui	1	BF15
		Non	2	
		NSP	8	
BF14	Combien de fois (<i>Nom</i>) a-t-il bu ou mangé des yaourts hier, pendant le jour ou la nuit ?	Nombre de fois	_ _	
BF15	Est-ce que (<i>Nom</i>) a mangé de la bouillie légère hier, pendant le jour ou la nuit ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	
BF16	Est-ce que (<i>Nom</i>) a mangé des aliments solides ou semi solides (en bouillie, purée) hier, pendant le jour ou la nuit ?	Oui	1	BF18
		Non	2	
		NSP	8	
BF17	Combien de fois (<i>Nom</i>) a-t-il mangé des aliments solides ou semi solides (en bouillie, purée) hier, pendant le jour ou la nuit ?	Nombre de fois	_ _	
BF18	Est-ce que (<i>Nom</i>) a bu quelque chose au biberon hier, pendant le jour ou la nuit ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES			PASSEZ A
CA1	Est ce que (Nom) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	Oui	1			CA7
		Non	2			
		NSP	8			
CA2	Je voudrais savoir quelle quantité de liquide, a été donnée à (Nom) durant sa diarrhée y compris le lait maternel. Pendant que (Nom) 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, insistez:</i> Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à boire que d'habitude, ou un peu moins à boire que d'habitude ?	Beaucoup moins	1			
		Un peu moins	2			
		Environ la même quantité	3			
		Plus	4			
		Rien à boire	5			
		NSP	8			
CA3	Pendant que (Nom) 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, insistez:</i> Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à manger que d'habitude, ou un peu moins à manger que d'habitude ?	Beaucoup moins	1			
		Un peu moins	2			
		Environ la même quantité	3			
		Plus	4			
		Rien	5			
		N'a pas atteint l'âge pour manger	6			
		NSP	8			
CA4	Durant la dernière épisode de diarrhée, est-ce qu'on a donné à (Nom) l'un des produits suivants à boire : <i>Lisez à haute voix le Nom de chaque produit et enregistrez la réponse avant de passer au produit suivant.</i>	Sachet SRO	Oui	Non	NSP	
			1	2	8	
			[C] Solution sucrée salée préparée à la maison	Solution sucrée salée préparée à la maison	1	
CA5	Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donnée à (Nom) pour traiter la diarrhée ?	Oui	1			CA7
		Non	2			
		NSP	8			

CA6	<p>Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée?</p> <p><i>Insistez : Rien d'autre ?</i></p> <p><i>Enregistrez tous les traitements donnés. Inscrivez le Nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>(Nom des médicaments)</i></p>	Comprimé ou Sirop	Antibiotique	A		
			Antimotilité (antidiarrhéique)	B		
			Pansement intestinal	D		
			Autre (précisez).....	G		
			Comprimé ou sirop inconnu	H		
		Injection	Antibiotique	L		
			Non antibiotique	M		
			Injection inconnue	N		
			Intraveineuse	O		
		Autres	Remède maison/ herbes médicinales	Q		
Autre (précisez)_____	X					
CA7	Est-ce que (Nom) a souffert de la toux au cours des deux dernières semaines ?	Oui	1	CA14		
		Non	2			
		NSP	8			
CA8	Quand (Nom) avait 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 ?	Oui	1	CA14		
		Non	2			
		NSP	8			
CA9	Les difficultés respiratoires étaient-elles dues à un problème de bronches (problème dans la poitrine), ou à un nez bouché ou qui coulait ?	Problème de bronches seulement	1	CA14		
		Nez bouché/qui coulait seulement	2			
		Les deux	3	CA14		
		Autre (précisez)_____	6			
		NSP	8			
CA10	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie quelque part ?	Oui	1	CA12		
		Non	2			
		NSP	8			

CA11	Où avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement ? <i>Insistez : Nulle part ailleurs ?</i> <i>Encerclez tous les endroits mentionnés, Mais ne suggérez PAS de réponse.</i> <i>Insistez pour identifiez chaque type d'endroit.</i> <i>Si vous ne pouvez pas déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le Nom de l'endroit.</i> _____ _____ (Nom de l'endroit)	Secteur public	Hôpital (EPH/EH/CHU/ EHU/EHS)	A	
			Polyclinique	B	
			Salle de soins	C	
			Autre public (précisez)_____	H	
		Secteur privé	Clinique privée	I	
			Médecin privé (cabinet)	J	
			Pharmacie privée	K	
			Autre privé (précisez)_____	O	
		Autres	Parent(e)/Ami(e)	P	
			Praticien traditionnel	R	
Autre (précisez)_____	X				
CA12	Est-ce qu'on a donné à (Nom) un médicament pour traiter cette maladie ?	Oui	1	CA14	
		Non	2		
		NSP	8		
CA13	Quel médicament a-t-on donné à (Nom) ? <i>Insistez :</i> Aucun autre médicament ? <i>Encerclez tous les médicaments donnés. Inscrivez le Nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i> _____ _____ (Nom des médicaments)	Antibiotique (comprimé/Sirop)	A		
		Antibiotique (Injection)	B		
		Paracétamol/Panadol/ Acetaminophen	P		
		Aspirine	Q		
		Anti-inflammatoire	R		
		Autre (à préciser)_____	X		
		NSP	Z		
CA14	Vérifiez AG2 : enfant de moins de 3 ans ? <input type="checkbox"/> Oui. Continuez avec CA15 <input type="checkbox"/> Non. Allez au module suivant				
CA15	La dernière fois que (Nom) est allé déféquer, qu'avez-vous fait pour vous débarrasser des excréments?	Enfant a utilisé toilettes / latrines	01		
		Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines	02		
		Jeté / Rincé dans égout ou rigole	03		
		Jeté aux ordures (déchets solides)	04		
		Enterré	05		
		Laissé à l'air libre	06		
		Autre (précisez)_____	96		
		NSP	98		

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A	
Si un carnet de vaccination est disponible, copiez dans IM3 les dates de chaque type de vaccin ou de dose de vitamine inscrites sur le carnet. Les questions IM6-IM17 seront posées seulement quand il n'y a pas de carnet de vaccination disponible.					
IM1	Avez-vous un carnet ou les vaccinations de (Nom) sont enregistrées ? Si 'Oui', Puis-je le voir, s'il vous plait ?	Oui, carnet vu	1	IM3	
		Oui, carnet non vu	2	IM6	
		Pas de carnet	3		
IM2	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (Nom) ?	Oui	1	IM6	
		Non	2		
IM3	(a) Recopiez les dates de chaque vaccination à partir du carnet. (b) Inscrivez '44'dans la colonne jour si le carnet montre que le vaccin a été donné mais que la date n'a pas été enregistrée.	Jour	Mois	Année	
	BCG BCG	_ _	_ _	_ _ _ _	
	Polio à la naissance ou Polio Oral 0 VPO0	_ _	_ _	_ _ _ _	
	Anti Hépatite B à la naissance HBV1 H0	_ _	_ _	_ _ _ _	
	Anti Hépatite B HBV2 H1	_ _	_ _	_ _ _ _	
	Polio oral 1 VPO1	_ _	_ _	_ _ _ _	
	DTCoqHib1 DTCHib1	_ _	_ _	_ _ _ _	
	Polio oral 2 VPO2	_ _	_ _	_ _ _ _	
	DTCoqHib2 DTCHib2	_ _	_ _	_ _ _ _	
	Polio oral 3 VPO3	_ _	_ _	_ _ _ _	
	DTCoqHib3 DTCHib3	_ _	_ _	_ _ _ _	
	Anti Hépatite B HBV3 H2	_ _	_ _	_ _ _ _	
	Rougeole (ou VAR) ROUG	_ _	_ _	_ _ _ _	
	Rappel DTCoqHib (18 mois) DTCHib4	_ _	_ _	_ _ _ _	
	Polio (18 mois) VPO4	_ _	_ _	_ _ _ _	
	Vitamine D (1) (1 mois) VITD1	_ _	_ _	_ _ _ _	
	Vitamine D (2) (6 mois) VITD2	_ _	_ _	_ _ _ _	
IM4	Vérifiez IM3. Est-ce que toutes les vaccinations (du BCG à la rougeole) sont enregistrées?				
	<input type="checkbox"/> Oui Passez au module suivant <input type="checkbox"/> Non Continuez avec IM5				

IM5	En plus de ce qui est enregistré sur ce carnet, est-ce que (<i>Nom</i>) a reçu d'autres vaccins – y compris des vaccins au cours de campagnes de vaccinations ? <i>Enregistrez 'Oui' seulement si l'enquêtée mentionne des vaccins qui figurent dans le tableau ci-dessus (du BCG à la Rougeole). (Insistez pour le type de vaccin et inscrivez '66' à la colonne correspondante au «jour» en «IM3 » pour chaque vaccin mentionné et passez au module suivant.)</i>	Oui	1	Module suivant
		Non	2	
		NSP	8	
IM6	Est-ce que (<i>Nom</i>) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues lors d'une campagne de vaccination de rattrapage ?	Oui	1	Module suivant
		Non	2	
		NSP	8	
IM7	Est-ce que (<i>Nom</i>) a reçu une vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse, généralement, une cicatrice ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	
IM8	Est-ce que (<i>Nom</i>) a reçu un vaccin sous forme «de gouttes dans la bouche » pour le/la protéger contre la polio ?	Oui	1	IM11
		Non	2	
		NSP	8	
IM9	Est-ce que la première dose du vaccin contre la polio a été donnée dans les deux semaines qui ont suivi la naissance ou plus tard ?	Dans les deux premières semaines	1	
		Plus tard	2	
IM10	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il/elle été donné ?	Nombre de fois	_ _	
		NSP	98	
IM11	Est-ce que (<i>Nom</i>) a reçu le vaccin «DTCHib» - c'est-à-dire une injection faite à la fesse ou à la face externe du bras- pour lui éviter de contracter le tétanos, la coqueluche, la diphtérie et l'hémophilus influenzae B ? <i>(Insistez en précisant que le vaccin du DTC est parfois donné en même temps que la polio).</i>	Oui	1	IM13
		Non	2	
		NSP	8	
IM12	Combien de fois le vaccin contre le DTCHib a-t-il/elle été donné ?	Nombre de fois	_ _	
		NSP	98	
IM13	Est-ce que (<i>Nom</i>) a déjà reçu le vaccin contre l'hépatite B –c'est à dire une injection à la cuisse- pour lui éviter de contracter l'Hépatite B <i>Insistez en précisant que le vaccin contre l'hépatite B est donné parfois en même temps que les vaccins de la polio et du DTCHib</i>	Oui	1	IM16
		Non	2	
		NSP	8	

IM14	Est-ce que la première dose d'hépatite B a été donnée dans les 24 h après la naissance ou plus tard ?	Dans les 24 heures après la naissance	1	
		Plus tard	2	
IM15	Combien de fois le vaccin contre l'hépatite B a-t-il été donné ?	Nombre de fois	_	
		NSP	8	
IM16	Est-ce que (Nom) a reçu une « vaccination contre la rougeole » ou VAR - c'est-à-dire une injection faite au bras ou dans le dos à l'âge de 9 mois ou plus - pour lui éviter de contracter la rougeole ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	
IM16A	Est-ce que (Nom) a reçu <u>au moins</u> une dose de Vitamine D dans les 6 mois qui ont suivi sa naissance ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	

MODULE 7 : CONDITIONS DE CIRCONCISION DES GARÇONS

CR

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
CR1	<i>Enquêtrice vérifier à partir de la question HL4 du questionnaire ménage</i> <input type="checkbox"/> Si le sexe est masculin Question Suivante <input type="checkbox"/> Si le sexe est féminin Module Suivant			
CR2	(Nom) a-t-il été circoncis ?	Oui	1	Module suivant
		Non	2	
CR3	A quel âge (Nom) a-t-il été circoncis ? Donner l'âge en années révolues. Si moins d'un an, inscrire 0	Age en années révolues	_	
		A la naissance	6	
CR4	(Nom) où a-t-il été circoncis ?	Hôpital (CHU, EHU, EHS, EPH, EH)	1	
		Polyclinique/Salle de soins	2	
		Clinique privée	3	
		Cabinet privé	4	
		Domicile	5	
		Autre (à préciser).....	6	
CR5	Qui a pratiqué la circoncision ?	Chirurgien	1	
		Autre médecin spécialiste	2	
		Médecin généraliste	3	
		Infirmier	4	
		Autre(à préciser).....	5	
CR6	A-t-on effectué pour (Nom) un bilan sanguin pour la circoncision ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	

UF13	Enregistrez l'heure	Heure et minutes	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="4">Heure</td> <td colspan="4">Minute</td> </tr> </table>									Heure				Minute			
Heure				Minute															

UF14	<p><i>Est-ce que l'enquêté(e) est la mère ou la personne qui s'occupe d'un autre enfant âgé de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui. Indiquez à l'enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant plus tard. Allez au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la même personne</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non. Terminez l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et dites-lui que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant</i></p> <p><i>Vérifiez s'il y a une autre femme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui vous devrez administrer un questionnaire dans ce ménage.</i></p> <p><i>Commencez un nouveau questionnaire femme ou enfant de moins de 5 ans ou organisez-vous pour les mesures anthropométriques de tous les enfants éligibles de ce ménage.</i></p>
-------------	--

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
<p>Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, l'enquêtrice aidée par le contrôleur pèse et mesure chaque enfant. Inscrive ci-dessous le poids et la taille en position allongée ou en position debout, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifier le Nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques</p>				
AN1	NOM DU MESUREUR	Nom : _____		
AN1A	PRÉNOM DE L'ENFANT	PRÉNOM : _____		
AN1B	Numéro de ligne de l'enfant	Numéro de ligne	_ _	
AN2	Résultat des mesures.	Une ou les deux mesures	1	AN6
		Enfant non présent	2	
		Enfant ou gardienne a refusé	3	
		Autre (précisez) _____	6	
AN3	Poids de l'enfant.	En kilogrammes (Kg)	_ _ , _	
		Poids non mesuré	99,9	
AN4	Taille de l'enfant. Vérifier l'âge de l'enfant à partir de AG2 : <input type="checkbox"/> Enfant âgé de moins de 2 ans. Mesure de la taille en position allongée. <input type="checkbox"/> Enfant âgé de 2 ans ou plus. Mesure de la Taille en position debout.	Taille (cm) Position allongée	1. _ _ _ , _	
		Taille (cm) Position debout	2. _ _ _ , _	
		Taille (allongé/debout) non mesurée	9999,9	
AN6	<p>Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant.</p> <p><input type="checkbox"/> Non. Terminez l'interview avec ce ménage en remerciant tous les participants pour leur coopération.</p> <p>Rassemblez tous vos questionnaires pour ce ménage et vérifiez que tous les numéros d'identification sont insérés à chaque page. Notez dans le panneau d'information sur le ménage le nombre d'interviews complétées.</p>			

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Enquêtrice : Prière de noter toutes les remarques et les observations ainsi que les difficultés rencontrées durant le déroulement de l'interview dans l'espace réservé ci-dessous.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OBSERVATIONS DU CONTRÔLEUR/CONTRÔLEUSE DE TERRAIN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

.....

.....

.....

.....

.....