

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE



QUESTIONNAIRE ENFANT MOINS DE 5 ANS

MICS6 ALGERIE, 2018-2019

PANNEAU D'INFORMATION SUR L'ENFANT		UF
UF1. Numéro de grappe : __ __ __ __	UF2. Numéro du ménage: __ __	
UF3. Nom et numéro de ligne de l'enfant : NOM _____ __ __	UF4. Nom et numéro de ligne de la mère / gardien(ne) : NOM _____ __ __	
UF5. Nom et code de l'enquêtrice: NOM _____ __ __	UF6. Nom et code du superviseur de l'équipe: NOM _____ __ __	
UF7. Jour / Mois / Année de l'enquête : __ __ __ __ _2_ _0_ _1_ __	UF8. Enregistrer l'heure de début de l'entretien: HEURES MINUTES __ __ : __ __	

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

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

UF9. Vérifier les questionnaires complétés dans ce ménage :
Avez-vous ou un autre membre de votre équipe déjà interviewé ce répondant sur un autre questionnaire ?

OUI, DEJA INTERVIEWE.....1 1 ⇒ UF10B
NON, PREMIERE INTERVIEW2 2 ⇒ UF10A

UF10A. Bonjour, je m'appelle (**votre Nom**). Nous sommes du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. Nous menons une enquête sur la situation des enfants, des familles et des ménages. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de (**Nom de l'Enfant à UF3**). Cette interview prend habituellement 30 minutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'enquête, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?

UF10B. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de (**Nom de l'Enfant à UF3**). Cette interview prend habituellement 30 minutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'enquête, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?

OUI1
NON / PAS DEMANDE2

1 ⇒ Module CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT
2 ⇒ UF17

UF17. Résultat de l'interview de l'enfant de moins de 5 ans

Les codes font référence à la mère/gardien(ne).
Discuter tous les résultats non complets avec votre superviseur.

COMPLETE 01
PAS A LA MAISON 02
REFUS 03
PARTIELLEMENT COMPLETE..... 04
EN INCAPACITE (*préciser*) 05
PAS DE CONSENTEMENT D'UN ADULTE POUR
MERE/GARDIEN(NE) DE 15-17 ANS 06
AUTRE (*préciser*) 96

QUESTIONNAIRE ENFANT
**MOINS DE
5 ANS**

CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS		UB
UB0. Avant que je commence l'interview, pourriez-vous apporter, SVP, le livret de famille et ou extrait de naissance de (nom), son carnet de santé ? Nous aurons besoin de nous référer à ces documents.		
UB1. En quel jour, quel mois et quelle année (nom) est-il/elle né(e)? <i>Insister:</i> Quand est son anniversaire ? Si la mère/gardien(ne) connaît la date de naissance exacte, enregistrer aussi le jour de naissance ; sinon, enregistrer '98' pour jour. Les Mois et Année <u>doivent</u> être obligatoirement enregistrés	DATE DE NAISSANCE JOUR __ __ NSP JOUR98 MOIS __ __ ANNEE _2_ _0_ _1_ __	
UB2. Quel âge a (nom) ? <i>Insister :</i> Quel âge a eu (nom) à son dernier anniversaire ? Enregistrer l'âge en années révolues. Enregistrer '0', si moins d'un an. Si les réponses à UB1 et UB2 sont incohérentes, insister et corriger.	AGE (EN ANNEES REVOLUES)..... __	
UB3. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	0, 1, OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2	1 ⇨ UB9
UB4. Vérifier le numéro de ligne du/de la répondant(e) (UF4) et celui du/de la répondant(e) au MENAGE QUESTIONNAIRE (HH47):	REPONDANTE EST LA MEME, UF4=HH471 REPONDANTE N'EST PAS LA MEME UF4≠HH47 2	2 ⇨ UB6
UB5. Vérifier ED10 dans le MODULE EDUCATION DU QUESTIONNAIRE MENAGE : est-ce que l'enfant fréquente un programme d'éducation préscolaire pendant l'année scolaire actuelle ?	OUI, ED10=0 1 NON, ED10≠0 OU VIDE 2	1 ⇨ UB8B 2 ⇨ UB9
UB6. Est-ce que (nom) a déjà assisté à un programme d'éducation préscolaire, tel que la crèche, la maternelle, l'école coranique, le préparatoire,...?	OUI 1 NON 2	2 ⇨ UB9
UB7. A n'importe quel moment depuis cette rentrée scolaire (septembre 2018), a t-il/elle assisté à (programmes mentionnés à UB6) ?	OUI 1 NON 2	1 ⇨ UB8A 2 ⇨ UB9
UB8A. Est-ce qu'il/elle fréquente actuellement (programme mentionné à UB6) ? UB8B. Vous avez mentionné que (nom) a fréquenté un programme d'éducation préscolaire cette année scolaire. Est-ce qu'il/elle participe actuellement à ce programme ?	OUI 1 NON 2	
UB9. Est-ce que (nom) est couvert(e) par une assurance santé ?	OUI 1 NON 2	2 ⇨ Fin
UB10. Par quel type d'assurance santé (nom) est-il/elle couvert(e) ? <i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i>	MUTUELLES A SECURITE SOCIALE (CNAS/CAMSSP/CASNOS) C ASSURANCE SOCIALE PRIVEE D AUTRE (préciser) X	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
BR1. Est-ce que (<i>nom</i>) a un acte de naissance et/ou inscrit au livret de famille ? <i>Si 'Oui', demander :</i> Puis-je le voir SVP ?	OUI, VU.....1 OUI, PAS VU.....2 NON.....3 NSP8	1 ⇨BR4 2 ⇨BR4
	BR2. La naissance de (<i>nom</i>) a-t-elle été enregistrée/déclarée à l'état civil ? OUI1 NON.....2 NSP8	1 ⇨BR4
BR2A : Pourquoi la naissance de (<i>nom</i>) n'a pas été enregistrée/déclarée à l'état civil	ELOIGNEMENT1 NE SAIT PAS OU L'ENREGISTRER2 NE SAVAIT PAS QU'IL FALLAIT L'ENREGISTRER3 AUTRE (<i>préciser</i>)6	1 ⇨Fin 2 ⇨Fin 3 ⇨Fin 6 ⇨Fin
	BR4. Combien de jours après la naissance, (<i>nom</i>) a été déclaré(e) à l'état civil ? <i>Si moins d'une journée, c'est-à-dire le jour de la naissance de (nom) inscrire 00</i>	NOMBRE DE JOURS __ __ NSP98
BR5 : Qui a fait la déclaration ?	PERE 1 MERE 2 AUTRES PARENTS 3 STRUCTURE DE SANTE..... 4 AUTRE (<i>préciser</i>) 6	

DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE		EC																				
<p>EC1. Combien de livres d'enfants ou de livres d'images avez-vous pour (<i>nom</i>) ?</p>	<p>AUCUN 00 NOMBRE DE LIVRES POUR ENFANTS..... _0_ _ 10 LIVRES OU PLUS..... 10</p>																					
<p>EC2. Je voudrais connaître les objets que (<i>nom</i>) utilise pour jouer quand il/elle est à la maison.</p> <p>Avec quoi (Nom) joue-t-il/elle ? Est-ce qu'il/elle joue avec :</p> <p>[A] des jouets fabriqués à la maison (comme des poupées, voitures ou autres jouets fabriqués à la maison) ?</p> <p>[B] des jouets achetés d'un magasin (hormis les jeux électroniques) ?</p> <p>[C] des objets du ménage comme la vaisselle, plats, Casseroles, tasses, pots ou des objets trouvés dehors (comme des bâtons, pierres, boîtes vides de conserves,...) ?</p> <p>[D] les jeux électroniques</p> <p><i>Si l'enquête (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></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JOUETS FABRIQUES A LA MAISON</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>JOUETS DE MAGASIN</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OBJETS DU MENAGE OU DE DEHORS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>JEUX ELECTRONIQUES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	JOUETS FABRIQUES A LA MAISON	1	2	8	JOUETS DE MAGASIN	1	2	8	OBJETS DU MENAGE OU DE DEHORS	1	2	8	JEUX ELECTRONIQUES	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																			
JOUETS FABRIQUES A LA MAISON	1	2	8																			
JOUETS DE MAGASIN	1	2	8																			
OBJETS DU MENAGE OU DE DEHORS	1	2	8																			
JEUX ELECTRONIQUES	1	2	8																			
<p>EC3. Parfois les adultes qui s'occupent des enfants doivent quitter la maison pour aller faire des courses, faire la lessive, ou pour d'autres raisons et doivent laisser les jeunes enfants.</p> <p>Au cours de la semaine passée, combien de jours (<i>nom</i>) a t-il/elle été:</p> <p>[A] laissé seul(e) pour plus d'une heure ?</p> <p>[B] laissé sous la garde d'un autre enfant, c'est-à-dire quelqu'un de moins de 10 ans, pour plus d'une heure ?</p> <p>Si 'jamais', enregistrer'0'. Si 'NSP', enregistrer'8'.</p>	<p>NOMBRE DE JOURS LAISSE SEUL POUR PLUS D'UNE HEURE __ </p> <p>NOMBRE DE JOURS LAISSE SOUS LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT POUR PLUS D'UNE HEURE __ </p>																					
<p>EC3C. Au cours des sept (07) derniers jours, combien d'heures par jour en moyenne (<i>nom</i>) a passé devant un écran (télévision, ordinateur, tablette,...) ?</p> <p><i>Si moins d'une (01) heure mettre 00</i></p>	<p>NOMBRE D'HEURES LAISSE DEVANT UN ECRAN __ _ NSP 98</p>																					

EC4. Vérifier UB2: Age de l'enfant?	AGE 0 OU 1 AN1 AGE 2, 3 OU 4ANS2	1 ⇒Fin																																			
<p>EC5. Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du ménage de 15 ans ou plus, participé avec (nom) à l'une des activités suivantes :</p> <p><i>Si 'Oui', demander :</i> Qui a participé à cette activité avec (nom)? <i>Une mère ou un père adoptif vivant dans le ménage qui a participé avec l'enfant doit être codé comme mère ou père.</i> <i>Enregistrer tout ce qui s'applique.</i> <i>'PERSONNE' ne peut pas être enregistré s'il y a un membre du ménage de plus de 15 ans qui a participé à cette activité avec l'enfant.</i></p> <p>[A] Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (nom) ?</p> <p>[B] Raconter des histoires à (nom) ?</p> <p>[C] Chanter des chansons à (nom) et ou avec (nom), y compris des berceuses ?</p> <p>[D] Emmener (nom) en promenade en dehors de la maison, de la résidence, de la cour ou de l'enceinte ?</p> <p>[E] Jouer avec (nom)?</p> <p>[F] Passer du temps avec (nom) à Nommer, à compter et/ ou à dessiner ?</p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>MERE</th> <th>PERE</th> <th>AUTRE</th> <th>PERSONNE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LIRE LIVRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>RACONTER HISTOIRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>CHANTER CHANSONS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>PROMENER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>JOUER AVEC</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>NOMMER, COMPTER, DESSINER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		MERE	PERE	AUTRE	PERSONNE	LIRE LIVRES	A	B	X	Y	RACONTER HISTOIRES	A	B	X	Y	CHANTER CHANSONS	A	B	X	Y	PROMENER	A	B	X	Y	JOUER AVEC	A	B	X	Y	NOMMER, COMPTER, DESSINER	A	B	X	Y	
	MERE	PERE	AUTRE	PERSONNE																																	
LIRE LIVRES	A	B	X	Y																																	
RACONTER HISTOIRES	A	B	X	Y																																	
CHANTER CHANSONS	A	B	X	Y																																	
PROMENER	A	B	X	Y																																	
JOUER AVEC	A	B	X	Y																																	
NOMMER, COMPTER, DESSINER	A	B	X	Y																																	
EC5G. Vérifier UB2: âge de l'enfant ?	2 ANS1 3 OU 4 ANS2	1 ⇒Fin																																			
<p>EC6. Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé et le développement de votre enfant. Les enfants ne se développent pas tous de manière identique et ils n'apprennent pas tous à la même vitesse. Certains, par exemple, marchent plus tôt que d'autres. Ces questions portent sur plusieurs aspects du développement de votre enfant.</p> <p>Est-ce que (nom) connaît ou peut citer au moins dix lettres de l'alphabet ?</p>	<p>OUI1 NON2 NSP8</p>																																				
<p>EC7. Est-ce que (nom) peut lire au moins 4 mots simples et courants ?</p>	<p>OUI1 NON2 NSP8</p>																																				
<p>EC8. Est-ce que (nom) peut citer et reconnaître tous les chiffres de 1 à 10 ?</p>	<p>OUI1 NON2 NSP8</p>																																				

EC9. Est-ce que (nom) peut attraper par terre avec deux doigts un petit objet, tel un bâton ou un caillou?	OUI1 NON2 NSP8	
EC10. Est-ce qu'il arrive parfois que (nom) soit trop malade pour jouer ?	OUI1 NON2 NSP8	
EC11. Est-ce que (nom) est capable de suivre de simples instructions pour faire quelque chose correctement ?	OUI1 NON2 NSP8	
EC12. Quand on donne quelque chose à faire à (nom) est-il/elle capable de le faire de manière indépendante ?	OUI1 NON2 NSP8	
EC13. Est-ce que (nom) s'entend bien avec les autres enfants ?	OUI1 NON2 NSP8	
EC14. Est-ce que (nom) donne des coups de pieds, mord, ou frappe les autres enfants ou les adultes ?	OUI1 NON2 NSP8	
EC15. Est-ce que (nom) est facilement distrait ?	OUI1 NON2 NSP8	

DISCIPLINE DE L'ENFANT		UCD
UCD1. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?	0 AN..... 1 1, 2, 3 OU 4 ANS 2	1 ⇒ Fin
<p>UCD2. Maintenant je voudrais parler de quelque chose d'autre.</p> <p>Les adultes utilisent certains moyens pour enseigner à leurs enfants la façon de se comporter ou de se conduire correctement. Je vais vous lire une liste de méthodes qui sont utilisées et je voudrais que vous me disiez si vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage les a utilisées avec (<i>Nom</i>) au cours du mois dernier ?</p> <p>[A] Retirer des privilèges, interdire quelque chose que (<i>nom</i>) aime faire ou ne pas lui permettre de quitter la maison. [B] Expliquer à (<i>Nom</i>) pourquoi sa conduite était incorrecte [C] (Le/la) secouer. [D] Lui crier après, hurler sur lui/elle [E] Lui donner quelque chose d'autre à faire. [F] Lui donner une fessée, (le/la) frapper ou (le/la) taper sur les fesses à main nues. [G] (Le/la) frapper sur les fesses ou sur d'autres parties du corps avec une ceinture, un bâton ou autres objets durs. [H] (Le/la) traiter d'idiote, de paresseux ou d'un autre attribut humiliant. [I] (Le/la) frapper ou (le/la) gifler sur le visage, la tête ou les oreilles. [J] (Le/la) frapper ou (le/la) taper sur les mains, les bras ou les jambes. [K] (Le/la) battre, c'est-à-dire (le/la) frapper encore et encore aussi fort que possible.</p>	<p style="text-align: right;">OUI NON</p> <p>RETIRER DES PRIVILEGES 1 2</p> <p>EXPLIQUER LE MAUVAIS COMPORTEMENT 1 2</p> <p>SECOUER 1 2</p> <p>HURLER, CRIER DESSUS 1 2</p> <p>DONNER AUTRE CHOSE A FAIRE 1 2</p> <p>DONNER UNE FESSEE, FRAPPER, TAPER A MAINS NUES 1 2</p> <p>FRAPPER AVEC CEINTURE, BROSSES, BATON OU AUTRE 1 2</p> <p>TRAITER D'IDIOTE, PARESSEUX OU AUTRE 1 2</p> <p>FRAPPER/GIFLER SUR LE VISAGE, TETE OU OREILLES 1 2</p> <p>FRAPPER/TAPER SUR LES MAINS, BRAS OU JAMBES 1 2</p> <p>BATTRE ET FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE 1 2</p>	
UCD3. Vérifier UF4: Est-ce que le/la répondant(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d'un autre enfant de moins de 5 ans ou d'un enfant de 5-14 ans sélectionné pour le questionnaire enfant de 5-17 ans ?	OUI 1 NON..... 2	2 ⇒ UCD5
UCD4. Vérifier UF4 : Est-ce que ce/cette répondant(e) a déjà répondu à la question suivante (UCD5 ou FCD5) pour un autre enfant ?	OUI 1 NON..... 2	1 ⇒ Fin
UCD5. Pensez-vous que pour élever ou éduquer correctement un enfant, il est nécessaire qu'il soit puni physiquement ?	OUI 1 NON 2 NSP / PAS D'OPINION..... 8	

ACCIDENT	UAC	
<p>UAC1. Maintenant je voudrais parler de quelque chose d'autre.</p> <p>Comme vous le savez les enfants sont parfois victimes d'accidents graves divers,...</p> <p>Est-ce que (nom) a-été victime d'un accident grave, à n'importe quel moment par le passé n'importe où ?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON2</p>	<p>2 ⇒Fin</p>
<p>UAC2 : Quel genre d'accident (nom) a eu ?</p> <p>SVP, si (nom) a été victime de plus d'un accident grave (Allah yahfedh), citez moi le plus récent</p>	<p>BRULURE1</p> <p>BLESSURE2</p> <p>FRACTURE/ ENTORSE3</p> <p>SUFFOCATION.....4</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 6</p>	
<p>UAC3 : Quel âge avait (nom) au moment (type d'accident grave le plus récent cité à UAC2) ?</p>	<p>AGE (EN ANNEES REVOLUES)..... __ </p>	
<p>UAC4 : Quelle est l'origine de cet accident ?</p>	<p>CHUTE01</p> <p>INCENDIE, EXPLOSION02</p> <p>BAGARRE03</p> <p>ACCIDENT DE CIRCULATION04</p> <p>CORRECTION DES PARENTS.....05</p> <p>INTOXICATION (MEDICAMENTS, PRODUITS MENAGERS,..)06</p> <p>NOYADES07</p> <p>MORSURES PAR ANIMAUX08</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 96</p>	
<p>UAC5 : Où s'est produit cet accident ?</p>	<p>A DOMICILE1</p> <p>DANS L'ECOLE2</p> <p>DANS LA RUE3</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 6</p>	
<p>UAC6 : Où a-t-on emmener (nom)?</p>	<p>DOMICILE</p> <p>DOMICILE.....11</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU.....20</p> <p>HOPITAL (EHS/EH/EPH)21</p> <p>POLYCLINIQUE22</p> <p>SALLE DE SOINS24</p> <p>AUTRE PUBLIC (<i>préciser</i>).....26</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>CLINIQUE PRIVEE32</p> <p>CABINET PRIVE.....34</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (<i>préciser</i>)36</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 96</p>	<p>20 ⇒Fin</p> <p>21 ⇒Fin</p> <p>22 ⇒Fin</p> <p>24 ⇒Fin</p> <p>26 ⇒Fin</p> <p>32 ⇒Fin</p> <p>34 ⇒Fin</p> <p>36 ⇒Fin</p> <p>96 ⇒Fin</p>
<p>UAC7 : Pourquoi (nom) n'a pas été soigné à l'hôpital ou auprès d'un médecin ?</p>	<p>ELOIGNEMENT1</p> <p>COUT ELEVE2</p> <p>JUGE INUTILE3</p> <p>L'ENQUETEE A DE L'EXPERIENCE4</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 6</p>	

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT		UCF
UCF1. VérifierUB2: Age de l'enfant ?	0 OU 1 AN 1 2, 3 OU 4 ANS 2	1 ⇨ Fin
UCF2. Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur les difficultés que votre enfant peut avoir : (Nom) porte-t-il/elle des lunettes ?	OUI..... 1 NON 2	
UCF3. (Nom) utilise-t-il/elle une prothèse auditive/ implant?	OUI..... 1 NON 2	
UCF4. (Nom) utilise-t-il/elle un équipement ou reçoit t-il/elle de l'assistance pour marcher ?	OUI..... 1 NON 2	
UCF5. Pour les questions suivantes, je vous demanderai de répondre en sélectionnant une réponse parmi quatre réponses possibles. Pour chaque question diriez-vous que (nom) a 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) si il/elle ne peut pas du tout faire l'activité. <i>Répéter les catégories en posant les questions individuelles à chaque fois que la répondante n'utilise pas une des catégories de réponse.</i> Rappelez-vous que les 4 réponses possibles sont Diriez-vous que (nom) a : 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) ne peut pas du tout faire l'activité ?		
UCF6. Vérifier UCF2: Enfant porte des lunettes ?	OUI, UCF2=1 1 NON, UCF2=2..... 2	1 ⇨UCF7A 2 ⇨UCF7B
UCF7A. Lorsqu'il/elle porte ses lunettes, (nom) a-t-il/elle des difficultés à voir ? UCF7B. (Nom) a-t-il/elle des difficultés à voir ?	AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT VOIR 4	
UCF8. VérifierUCF3: Enfant porte une prothèse auditive ?	OUI, UCF3=1 1 NON, UCF3=2..... 2	1 ⇨UCF9A 2 ⇨UCF9B
UCF9A. Lorsqu'il/elle utilise sa prothèse auditive, (nom)a-t-il/elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ? UCF9B. (Nom) a-t-il /elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ?	AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT ENTENDRE..... 4	
UCF10. VérifierUCF4: Enfant utilise un équipement ou reçoit de l'assistance pour marcher ?	OUI, UCF4=1 1 NON, UCF4=2..... 2	1 ⇨UCF11 2 ⇨UCF13
UCF11. Sans son équipement ou sans assistance, (nom) a-t-il /elle des difficultés à marcher ?	QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER..... 4	

<p>UCF12. Avec son équipement ou assistance, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à marcher ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER..... 4</p>	<p>1 ⇨UCF14 2 ⇨UCF14 3 ⇨UCF14 4 ⇨UCF14</p>
<p>UCF13. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à marcher ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER..... 4</p>	
<p>UCF14. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à saisir des petits objets avec sa main ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT SAISIR 4</p>	
<p>UCF15. (<i>Nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à vous comprendre ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT COMPRENDRE..... 4</p>	
<p>UCF16. Lorsque (<i>nom</i>) parle, avez-vous des difficultés à le/la comprendre ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT ETRE COMPRIS 4</p>	
<p>UCF17. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à apprendre des choses ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT APPRENDRE 4</p>	
<p>UCF18. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à jouer ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT JOUER..... 4</p>	
<p>UCF19. La prochaine question a 5 options de réponses différentes. Je vais vous les lire après chaque question.</p> <p>Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) donne-t-il/elle des coups de pied, mord-il/elle ou frappe-t-il/elle les autres enfants ou les adultes?</p> <p>Diriez-vous : pas du tout, moins, la même chose, plus ou beaucoup plus ?</p>	<p>PAS DU TOUT..... 1 MOINS 2 LA MEME CHOSE 3 PLUS..... 4 BEAUCOUP PLUS 5</p>	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE		BD
BD1. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?	0, 1, OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2	2 ⇨ Fin
BD2. Est-ce que (<i>nom</i>) a été allaité ?	OUI..... 1 NON 2 NSP 8	2 ⇨ BD3A 8 ⇨ BD3A
BD3. Est-ce que (<i>nom</i>) est toujours allaité ?	OUI..... 1 NON 2 NSP 8	1 ⇨ BD3A
BD3B. A quel âge (<i>nom</i>) a-t-il/elle été sevré ?	AGE EN MOIS..... __ __ NSP 98	
BD3C. (<i>nom</i>) a-t-il/elle été sevré soudainement ou progressivement ?	SOUDAINEMENT..... 1 PROGRESSIVEMENT..... 2 NSP 8	
BD3D. pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (<i>nom</i>) à cet âge ?	ENFANT A ATTEINT L'AGE DE SEVRAGE..... 01 ENFANT A REFUSE LE SEIN..... 02 MERE DEVENUE MALADE 03 PAS DE LAIT/INSUFFISANT 04 MERE TOMBEE ENCEINTE..... 05 MERE DESIRAIT CONTRACEPTION 06 AUTRE (<i>préciser</i>) 96	
BD3A. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?	AGE 0 OU 1 AN 1 AGE 2 ANS..... 2	2 ⇨ Fin
BD4. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu quelque chose au biberon ?	OUI..... 1 NON 2 NSP 8	
BD5. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu des <u>Sels de Réhydratation Orale ou SRO</u> ?	OUI..... 1 NON 2 NSP 8	
BD6. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu ou mangé des <u>vitamines ou des suppléments minéraux ou n'importe quel médicament</u> ?	OUI..... 1 NON 2 NSP 8	

		OUI	NON	NSP
BD7. Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les autres liquides que (nom) pourrait avoir pris hier durant le jour ou la nuit. SVP, inclure aussi tous les liquides consommés en dehors de la maison. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu (nom du breuvage) :				
[A] De l'eau simple ?	EAU SIMPLE	1	2	8
[B] Jus de fruits ou boissons à base de jus de fruits ?	JUS OU BOISSON A BASE DE JUS	1	2	8
[C] Bouillon?	BOUILLON CLAIR	1	2	8
[D] Une préparation pour bébé/lait maternisé vendu en commerce ?	PREPARATION POUR BEBE/LAIT MATERNISE	1	2 \surd	8 \surd
[D1] Combien de fois (nom) a-t-il bu la préparation pour bébé/lait maternisé ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i> <i>Si NSP, enregistrer '8'.</i>	NOMBRE DE FOIS BU LA PREPARATION POUR BEBE/LAIT MATERNISE ___			
[E] Du lait d'animal, qu'il soit frais en boîte ou en poudre ?	LAIT	1	2 \surd	8 \surd
[E1] Combien de fois (nom) a-t-il bu du lait <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i> <i>Si NSP, enregistrer '8'.</i>	NOMBRE DE FOIS BU DU LAIT ___			
[F] Du yaourt liquide/à boire?	YAOURT LIQUIDE	1	2 \surd BD7[X J	8 \surd BD7[X]
[F1] Combien de fois (nom) a-t-il/elle bu du yaourt liquide /à boire? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i> <i>Si NSP, enregistrer '8'.</i>	NOMBRE DE FOIS BU YAOURT LIQUIDE ___			
[X] N'importe quels autres liquides ?	AUTRES LIQUIDES	1	2 \surd BD8	8 \surd BD8
[X1] Enregistrer tous les autres liquides mentionnés.	(Préciser) _____			
BD8. Maintenant je voudrais vous poser des questions sur <u>tout</u> ce que (nom) a mangé hier durant le jour et la nuit. SVP, incluez la nourriture consommée en dehors de votre maison. - Pensez au moment où (nom) s'est réveillé(e) hier. Est-ce qu'il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ? <i>Si 'Oui' demander: SVP, dites-moi tout ce que (nom) a mangé à ce moment-là. Insister : Rien d'autre ? Enregistrer les réponses en utilisant les groupes d'aliments ci-dessous.</i> - Qu'est-ce que (nom) a fait après cela ? Est-ce qu'il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ? <i>Répéter cette série de questions, enregistrer les réponses dans les groupes d'aliments jusqu'à ce que le/la répondant(e) vous dise que l'enfant est allé dormir jusqu'au lendemain matin.</i>				
<i>Pour chaque groupe d'aliments non mentionné après avoir fini la question au-dessus, demander : Juste pour être sûre, est-ce que (nom) a mangé (groupe d'aliments) hier durant le jour ou la nuit ?</i>		OUI	NON	NSP
[A] Du yaourt ? <i>Noter que yaourt liquide /à boire doit être capturé à BD7[F]</i>	YAOURT	1	2 \surd	8 \surd
			BD8[B]	BD8[B]

[A1] Combien de fois (nom) a t-il/elle mangé du yaourt ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	NOMBRE DE FOIS MANGE YAOURT __			
[B] De la nourriture pour bébé telle que comme Blédina, Cérélac, Nestlé, Biomil,.... ?	NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBE	1	2	8
[C] Du pain, riz, pâtes, aâssida, ou autres aliments à base de céréales ?	NOURRITURE A BASE DE CEREALES	1	2	8
[D] Courge, carotte, citrouille, patate douce quisont jaune ou orange à l'intérieur ?	COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, ETC.	1	2	8
[E] Des pommes de terre, topinambour, ou autre nourriture à base de tubercules ?	NOURRITURE A BASE DE TUBERCULES	1	2	8
[F] N'importe quels légumes à feuilles vert foncé comme le chou, les épinards, , choux, ...?	LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE	1	2	8
[G] Figues, pommes, poires,... (fruits locaux riches en Vitamine A)?	FIGUES, POMMES, POIRES	1	2	8
[H] Tout autre fruit et légume, comme les oranges, les bananes, les tomates, les haricots verts, les oignons, les laitues, artichauts, petits pois, truffes,....?	AUTRE FRUITS OU LEGUMES	1	2	8
[I] Du foie, des rognons, du cœur ou autres abats ?	ABATS	1	2	8
[J] Toute autre viande comme du bœuf, de l'agneau, de la chèvre, du poulet, du canard, de la dinde, du lapin, du chameau, ... ?	AUTRES VIANDES	1	2	8
[K] Des œufs?	OEUFS	1	2	8
[L] Du poisson ou des crustacés, frais ou séchés ?	POISSON FRAIS OU SECHE	1	2	8
[M] Des haricots, petits pois, lentilles ou noix (arachides, amandes, etc.) y compris toute préparation faite avec ces aliments ?	NOURRITURES A BASE DE HARICOTS, POIS, NOIX, ETC.	1	2	8
[N] Du fromage ou autre aliment fait avec du lait animal ?	FROMAGE OU AUTRE ALIMENT A BASE DE LAIT	1	2	8
[X] Autre aliment solide, semi-solide ou mou ?	AUTRE ALIMENT SOLIDE, SEMI-SOLIDE OU MOU	1	2 ∅ BD9	8 ∅ BD9
[X1] <i>Enregistrer tous les aliments solides, semi-solides ou mous qui ne correspondent pas aux groupes d'aliments ci-dessus.</i>	(Préciser) _____			
BD9. Combien de fois (nom) a t-il/elle mangé des aliments solides, semi-solides ou mou hier durant le jour et la nuit ? <i>Si BD8 [A] est 'Oui', s'assurer que les réponses ici incluent le nombre de fois enregistré pour le yaourt en BD8[A1].</i> <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	NOMBRE DE FOIS __ NSP 8			

VACCINATIONS										IM
IM1. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?		0, 1, OU 2 ANS1 3 OU 4 ANS2							2 ⇨ Fin	
IM2. Avez-vous un carnet de santé où les vaccinations de (<i>nom</i>) sont enregistrées?		OUI, A UN CARNET1 NON, N'A PAS DE CARNET4							1 ⇨ IM5	
IM3. Avez-vous déjà eu un carnet de santé/de vaccinations pour (<i>nom</i>)?		OUI1 NON2							1 ⇨ IM11 2 ⇨ IM11	
IM5. Puis-je voir le carnet de santé de (<i>nom</i>) ?		CARNET VU1 CARNET NON VU4							4 ⇨ IM11	
IM6. (a) Copier les dates de chaque vaccination à partir de la/le carte/carnet. (b) Ecrire '44' dans la colonne jour si la/le carte/carnet montre que la vaccination a été donnée mais la date n'est pas enregistrée y compris la vitamine D.		DATE DE VACCINATION								
		JOUR		MOIS		ANNEE				
BCG	à la naissance					2	0	1		
Polio (VPO)	à la naissance					2	0	1		
Anti hépatite B (HVB)	à la naissance					2	0	1		
DTC Hib HVB 1	2 mois					2	0	1		
Polio (VPO) 1	2 mois					2	0	1		
Anti Pneumocoque (1 semaine après)	2 mois					2	0	1		
Polio (VPI)	3 mois					2	0	1		
DTC Hib HVB 2	4 mois					2	0	1		
Polio (VPO) 2	4 mois					2	0	1		
Anti Pneumocoque (1 semaine après)	4 mois					2	0	1		
Anti rougeoleux, anti ourlien, anti rubéoleux (ROR)	11 mois					2	0	1		
DTC Hib HVB 3	12 mois					2	0	1		
Polio (VPO) 3	12 mois					2	0	1		
Anti Pneumocoque (1 semaine après)	12 mois					2	0	1		
Anti rougeoleux, anti ourlien, anti rubéoleux (ROR)	18 mois					2	0	1		
Vitamine D3	1 mois					2	0	1		
Vitamine D3	6 mois					2	0	1		
IM7. Vérifier IM6 : Tous les vaccins (BCG à Anti rougeoleux, anti ourlien, anti rubéoleux-ROR 18 mois) enregistrés ?		OUI1 NON2							1 ⇨ Fin	

IM9. En plus de ce qui est enregistré dans le document que vous nous avez montré, est-ce que (nom) a reçu d'autres vaccinations y compris la vitamine D ?	OUI1 NON2 NSP8	2 ⇒Fin 8 ⇒Fin
IM10. Retourner à IM6 et insister pour ces vaccinations. <i>Enregistrer '66' dans la colonne jour correspondante pour chaque vaccin reçu.</i> <i>Pour les vaccinations pas reçues, enregistrer '00'.</i> <i>Quand c'est fait, aller à la fin du module.</i>		⇒Fin
IM11. Est-ce que (nom) a déjà reçu des vaccinations pour l'empêcher d'attraper des maladies, y compris des vaccinations reçues pendant des campagnes de vaccination de rattrapage?	OUI1 NON2 NSP8	2 ⇒Fin 8 ⇒Fin
IM14. Est-ce que (nom) a déjà reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose – c'est-à-dire une injection faite dans le bras ou l'épaule et qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI1 NON2 NSP8	
IM15. Est-ce que (nom) a déjà reçu un vaccin contre l'hépatite B – une injection à la cuisse pour lui éviter de contracter l'Hépatite B dans les 24 h après sa naissance ?	OUI, DANS LES 24 HEURES1 OUI, MAIS PAS DANS LES 24 HEURES2 NON3 NSP8	
IM16. Est-ce que (nom) a déjà reçu un vaccin sous forme de gouttes dans la bouche pour le/la protéger contre la polio ? <i>Insister en indiquant que la première goutte est généralement donnée à la naissance et les autres en même temps que des injections contre d'autres maladies.</i>	OUI1 NON2 NSP8	2 ⇒IM20 8 ⇒IM20
IM17. Est-ce que les premières gouttes de Polio ont été données dans les 2 premières semaines après la naissance ?	OUI1 NON2 NSP8	
IM18. Combien de fois les gouttes de Polio ont été données ?	NOMBRE DE FOIS __ NSP8	
IM19. En plus des gouttes contre la Polio, est-ce que (nom) a également reçu une injection pour le/la protéger contre la Polio ? <i>Insister pour s'assurer que les deux, gouttes et injection, ont été données.</i>	OUI1 NON2 NSP8	
IM20. Est-ce que (nom) a déjà reçu le vaccin DTC-HIB-HBV – c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour l'empêcher d'attraper le tétanos, la coqueluche, la diphtérie, l'hépatite B et l'Haemophilus influenzae de type b? <i>Insister en indiquant que le vaccin Pentavalent est parfois donné en même temps que les gouttes de Polio.</i>	OUI1 NON2 NSP8	2 ⇒IM22 8 ⇒IM22
IM21. Combien de fois le vaccin DTC-HIB-HBV a été donné ?	NOMBRE DE FOIS __ NSP8	

<p>IM22. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin Anti pneumococcique c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour l'empêcher d'attraper une maladie qui s'appelle pneumococcique, y compris les infections d'oreille et la méningite causée par le pneumocoque?</p> <p><i>Insister en indiquant que le vaccin anti pneumocoque est donné une semaine après le DTCHIBPCV est parfois donné en même temps que le Pentavalent</i></p>	<p>OUI1 NON2 NSP8</p>	<p>2 ⇨IM26 8 ⇨IM26</p>
<p>IM23. Combien de fois le vaccin Anti pneumococcique Conjugué PCV a été donné ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS __ NSP8</p>	
<p>IM26. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin ROR– c'est-à-dire une injection dans le bras/cuisse à l'âge de 11 mois ou plus pour l'empêcher d'attraper la rougeole, les oreillons et la rubéole ?</p>	<p>OUI1 NON2 NSP8</p>	
<p>IM29. Est-ce que (<i>nom</i>) a reçu <u>au moins</u> une dose de Vitamine D dans <u>les six mois</u> qui ont suivi sa naissance ?</p>	<p>OUI1 NON2 NSP8</p>	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
<p>CA1. Est-ce que (<i>nom</i>) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?</p>	<p>OUI 1 NON..... 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇨CA14 8 ⇨CA14</p>
<p>CA2. Vérifier BD3: Est-ce que l'enfant est toujours allaité ?</p>	<p>OUI OU BLANC, BD3=1 OU BLANC 1 NON OU NSP, BD3=2 OU 8..... 2</p>	<p>1 ⇨CA3A 2 ⇨CA3B</p>
<p>CA3A. Je voudrais savoir quelle quantité de liquides à boire a été donnée à (<i>nom</i>) durant sa diarrhée. Ceci inclut le lait maternel, les Sels de Réhydratation Orale (SRO) et les autres liquides donnés avec des médicaments.</p> <p>Pendant que (<i>nom</i>) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p><i>Si 'moins', insister:</i> Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à boire que d'habitude, ou un peu moins à boire que d'habitude ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS..... 1 UN PEU MOINS..... 2 A PEU PRES LA MEME CHOSE..... 3 PLUS 4 RIEN A BOIRE..... 5 NSP 8</p>	
<p>CA3B. Je voudrais savoir quelle quantité de liquides à boire a été donnée à (<i>nom</i>) durant sa diarrhée. Ceci inclut les Sels de Réhydratation Orale (SRO) et les autres liquides donnés avec des médicaments.</p> <p>Pendant que (<i>nom</i>) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p><i>Si 'moins', insister:</i> Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à boire que d'habitude, ou un peu moins à boire que d'habitude ?</p>		
<p>CA4. Pendant que (<i>nom</i>) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?</p> <p><i>Si 'moins', insister:</i> Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à manger que d'habitude, ou un peu moins à manger que d'habitude ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS..... 1 UN PEU MOINS..... 2 ENVIRON LA MEME QUANTITE 3 PLUS 4 RIEN..... 5 N'A PAS ATTEINT L'AGE POUR MANGER 7 NSP 8</p>	
<p>CA5. Avez-vous recherché des conseils ou un traitement contre la diarrhée de n'importe quelle source ?</p>	<p>OUI 1 NON..... 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇨CA7 8 ⇨CA7</p>

<p>CA6. Où avez-vous demandé ou cherché des conseils ou un traitement ?</p> <p><i>Insister : quelque part d'autre?</i></p> <p>Enregistrer tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</p> <p>Insister pour identifier chaque type de fournisseur.</p> <p><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL (EPH/EH/CHU/EHU/EHS)..... A POLYCLINIQUE..... B SALLE DE SOINS C AUTRE PUBLIC (<i>préciser</i>) _____ H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE PRIVEE..... I MEDECIN PRIVE (CABINET)..... J PHARMACIE PRIVEE..... K AUTRE PRIVE (<i>préciser</i>) _____ O</p> <p>AUTRE SOURCE PARENT(S)/AMI(S) P PRATICIEN TRADITIONNEL..... R</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) _____ X</p>	
<p>CA7. Quand (<i>nom</i>) a eu la diarrhée est-ce qu'il a eu:</p> <p>[A] Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO (Sel de Réhydratation Orale</p> <p>[D] Solution sucrée salée préparée à la maison ?</p>	<p>O N NSP</p> <p>SACHET DE SRO 1 2 8</p> <p>SOLUTION SUCREE SALEE..... 1 2 8</p>	
<p>CA8. Vérifier CA7[A] et CA7[D]: Est-ce que l'enfant a reçu n'importe quel type de SRO ?</p>	<p>OUI, OUI EN CA7[A] OU CA7[D]..... 1</p> <p>NON, 'NON' OU 'NSP' A CA7 [A] ET CA7 [D] 2</p>	<p>2 ⇨ CA12</p>
<p>CA9. Où avez-vous eu le (SRO mentionné en CA7[A] et/ou en CA7[D])?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si 'l'avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL (EPH/EH/CHU/EHU/EHS)..... A POLYCLINIQUE..... B SALLE DE SOINS C AUTRE PUBLIC (<i>préciser</i>) _____ H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE PRIVEE..... I MEDECIN PRIVE (CABINET)..... J PHARMACIE PRIVEE..... K AUTRE PRIVE (<i>préciser</i>) _____ O</p> <p>AUTRE SOURCE PARENT(S)/AMI(S) P PRATICIEN TRADITIONNEL..... R</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) _____ X NSP / NE SE RAPPELLE PAS..... Z</p>	
<p>CA12. Est-ce que quelque chose d'autre a été donnée pour traiter la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇨ CA14</p> <p>8 ⇨ CA14</p>

<p>CA13. Qu'est-ce qui a été donné en plus pour traiter la diarrhée ?</p> <p><i>Insister:</i> Rien d'autre ?</p> <p><i>Enregistrer tous les traitements donnés. Ecrire le nom/marque de tous les médicaments donnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom/marque)</p> <p>_____</p> <p>(Nom/marque)</p>	<p>COMPRIMES OU SIROP ANTIBIOTIQUEA ANTIMOTILITE (ANTI-DIARRHEIQUE) .. B PANSEMENT INTESTINAL.....D AUTRE (<i>précisez</i>) _____ G COMPRIME OU SIROP INCONNUH</p> <p>INJECTION ANTIBIOTIQUE L NON ANTIBIOTIQUEM INJECTION INCONNUE.....N</p> <p>INTRAVEINEUSE (IV) O</p> <p>REMEDE MAISON/ HERBE MEDICINALE Q</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) _____ X</p>	
<p>CA14. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) a eu de la fièvre?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA16. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) a eu une maladie avec de la toux ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA17. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) a eu une respiration courtes et rapide, et ou des difficultés à respirer ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇨ CA19 8 ⇨ CA19</p>
<p>CA18. La respiration rapide ou les difficultés respiratoires étaient-elles dues à un problème de bronches, ou à un nez bouché ou qui coulait ?</p>	<p>PROBLEMES DE BRONCHES SEULEMENT 1 NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT SEULEMENT 2 LES DEUX 3</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) _____ 6 NSP 8</p>	<p>1 ⇨ CA20 2 ⇨ CA20 3 ⇨ CA20 6 ⇨ CA20 8 ⇨ CA20</p>
<p>CA19. Vérifier CA14: est-ce que l'enfant a eu de la fièvre ?</p>	<p>OUI, CA14=1 1 NON OU NSP, CA14=2 OU 8 2</p>	<p>2 ⇨ CA30</p>
<p>CA20. Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie quelque part ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇨ CA22 8 ⇨ CA22</p>

<p>CA21. Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?</p> <p><i>Insister:</i> Quelque part d'autre ?</p> <p>Enregistrer tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</p> <p>Insister pour identifier chaque type de fournisseur.</p> <p><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL (EPH/EH/CHU/EHU/EHS) A POLYCLINIQUE B SALLE DE SOINS C AUTRE PUBLIC (<i>préciser</i>) H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE PRIVEE... I MEDECIN PRIVE (CABINET)..... J PHARMACIE PRIVEE..... K AUTRE PRIVE (<i>préciser</i>) O</p> <p>AUTRE SOURCE PARENT(S)/AMI(S) P PRATICIEN TRADITIONNEL..... R</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) X NSP / NE SE RAPPELLE PAS Z</p>	
<p>CA22. A n'importe quel moment de sa maladie, est-ce que (nom) a reçu un médicament pour cette maladie ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇨ CA30 8 ⇨ CA30</p>
<p>CA23. Quel médicament (nom) a t-il/elle reçu ?</p> <p><i>Insister:</i> Rien d'autre ?</p> <p><u>Si impossible de déterminer le type de médicament, noter le nom / la marque et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></p> <p>_____</p> <p>(Nom/marque)</p> <p>_____</p> <p>(Nom/marque)</p>	<p>ANTIBIOTIQUES AMOXICILLINE L COTRIMOXAZOLE M AUTRES COMPRIMES OU SIROP ANTIBIOTIQUE N AUTRE INJECTION/ ANTIBIOTIQUE O</p> <p>AUTRE MEDICAMENTS PARACETAMOL / PANADOL / ACETAMINONPHEN R ASPIRINE S ANTI-INFLAMMATOIRE/IBUPROFEN ... T</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) X NSP Z</p>	
<p>CA24. Vérifier CA23: Antibiotiques mentionnés ?</p>	<p>OUI, ANTIBIOTIQUES MENTIONNES, CA23=L - O 1 NON, ANTIBIOTIQUES PAS MENTIONNES 2</p>	<p>2 ⇨ CA30</p>

<p>CA25. Où avez-vous obtenu (<i>nom du médicament de CA23, codes L à O</i>) ?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si 'l'avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL (EPH/EH/CHU/EHU/EHS) A POLYCLINIQUE B SALLE DE SOINS C AUTRE PUBLIC (<i>préciser</i>) H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE PRIVEE..... I MEDECIN PRIVE (CABINET)..... J PHARMACIE PRIVEE..... K AUTRE PRIVE (<i>préciser</i>) O</p> <p>AUTRE SOURCE PARENT(S)/AMI(S) P PRATICIEN TRADITIONNEL..... R</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) X NSP / NE SE RAPPELLE PAS Z</p>	
<p>CA30. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?</p>	<p>0, 1 OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2</p>	<p>2 ⇒ Fin</p>
<p>CA31. La dernière fois que (<i>nom</i>) a déféqué, qu'est-ce qui a été fait pour se débarrasser des selles ?</p>	<p>ENFANT A UTILISE LES TOILETTES / LATRINES 01 MIS/JETE/RINCE DANS LES TOILETTES / LATRINES 02 MIS/JETE/RINCE DANS L'EGOUT OU RIGOLE 03 JETE DANS LES ORDURES (DECHETS SOLIDES) 04 ENTERRE 05 LAISSE A L'AIR LIBRE 06</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 96 NSP 98</p>	
<p>UF11. Enregistrer l'heure.</p>	<p>HEURES ET MINUTES __ __ : __ __ </p>	
<p>UF16. Dire au/à la répondant(e) que vous devez mesurer et peser l'enfant avant de partir du ménage et qu'un(e) collègue viendra s'en occuper avec vous. Préparer la FICHE DU MODULE ANTHROPOMETRIE pour cet enfant et compléter le panneau d'information sur cette fiche.</p> <p>Vérifier les colonnes HL10 et HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE : Est-ce que le/la répondante est la mère/gardien(ne) d'un <u>autre</u> enfant de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis aller au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS à administrer à le/la même répondant(e).</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Vérifier HL6 et colonne HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE : Est-ce que le/la répondant(e) est la mère/gardien(ne) d'un enfant de 5-17 ans sélectionné pour le Questionnaire Enfant de 5-17 ans dans ce ménage?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANT DE 5-17 ANS à administrer à le/la même répondante.</p> <p><input type="checkbox"/> NON ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis finir l'interview avec ce/cette répondant(e) en le/la remerciant pour sa coopération. Vérifier s'il y a d'autres questionnaires à administrer dans ce ménage.</p>		

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

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

ANTHROPOMETRIE		
AN7. Nom et numéro du mesureur :	NOM _ _ _ _ _	
AN8. Enregistrer le résultat de la mesure du poids tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>	KILOGRAMMES (KG) _ _ _ , _ _ ENFANT PAS PRESENT 99.3 ENFANT REFUSE 99.4 REPONDANTE REFUSE 99.5 AUTRE (préciser) 99.6	99.3 ⇨ AN13 99.4 ⇨ AN10 99.5 ⇨ AN10 99.6 ⇨ AN10
AN9. Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum?	OUI 1 NON, L'ENFANT N'A PAS PU ETRE DESHABILLE AU MINIMUM 2	
AN10. Vérifier AN4: Age de l'enfant ?	0 OU 1 AN 1 2, 3 OU 4 ANS 2	1 ⇨ AN11A 2 ⇨ AN11B
AN11A. L'enfant a moins de 2 ans et doit être mesuré couché. Enregistrer le résultat de la mesure de la longueur tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>	TAILLE (CM) _ _ _ _ , _ _ ENFANT REFUSE 999.4 REPONDANTE REFUSE 999.5 AUTRE (préciser) 999.6	999.4 ⇨ AN13 999.5 ⇨ AN13 999.6 ⇨ AN13
AN11B. L'enfant a au moins 2 ans et doit être mesuré debout. Enregistrer le résultat de la mesure de la taille tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>		
AN12. Comment est-ce que l'enfant a été mesuré ? Couché ou debout?	COUCHE 1 DEBOUT 2	
AN13. Date d'aujourd'hui : Jour/ Mois / Année: _ _ _ _ _ _ _ _ _2_ _0_ _1_ _ _		
AN14. Est-ce qu'il y a un autre enfant de moins de 5 ans dans ce ménage qui n'a pas encore été mesuré ?	OUI 1 NON 2	1 ⇨ Enfant suivant
AN15. Remercier la répondante pour sa coopération et informer votre chef d'équipe que le mesureur et vous, avez fini toutes les mesures de ce ménage.		

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRIX SUR LE MODULE ANTHROPOMETRIE

OBSERVATIONS DU MESUREUR SUR LE MODULE ANTHROPOMETRIE

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR SUR LE MODULE ANTHROPOMETRIE

