

Questionnaire individuel enfant



REPUBLIQUE DE GUINEE

QUESTIONNAIRE ENFANT

Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS, 2016)

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

Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir liste des membres du ménage, colonne HI15) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir liste des membres du ménage, colonne HL7B). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque enfant éligible.

UF1. Numéro de grappe :

UF2. Numéro de ménage :

UF3. Nom de l'enfant :

Nom _____

UF4. Numéro de ligne de l'enfant :

UF5. Nom de la mère / gardienne :

Nom _____

UF6. Numéro de ligne de la mère / gardienne :

UF7. Nom et code de l'enquêtrice :

Nom _____

UF8. Jour / Mois / Année de l'interview :

_____ / _____ / 2016

Si ce n'est pas déjà fait, se présenter à la personne qui répond:

NOUS FAISONS PARTIE (**INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE**). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (*nom de l'enfant en UF3*). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON (**30**) MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

Si la présentation au début du questionnaire ménage était déjà faite à la personne qui répond, lire la phrase suivante:

MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (*nom de l'enfant en UF3*). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON (**30**) MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

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

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

Les codes font référence à la mère/gardien(ne).

Rempli01
 Pas à la maison02
 Refusé03
 Partiellement rempli.....04
 Incapacité05
 Autre (*préciser*)96

UF12. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes : ..	
----------------------------	-----------------------------	--

AGE	AG	
<p>AG1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE DEVELOPPEMENT ET LA SANTE DE (<i>nom</i>).</p> <p>QUEL JOUR, QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (<i>nom</i>) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insister:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p>Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; sinon, encercler 98 pour jour</p> <p>Le mois et l'année doivent être enregistrés.</p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Jour _ _</p> <p>Ne sait pas jour 98</p> <p>Mois _ _</p> <p>Année..... <u>201</u> _ _</p>	
<p>AG2. QUEL AGE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insister :</i> QUEL AGE A EU (<i>nom</i>) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</p> <p>Enregistrer l'âge en années révolues.</p> <p>Si moins de 1 an, encercler '2' et noter l'âge en mois révolus sur la deuxième ligne.</p> <p>Comparer et corriger AG1 et/ou AG2 si incohérentes.</p>	<p>Âge (enannées révolues)..... 1 _ _</p> <p>Mois révolus (si moins d'un an) 2 _ _</p>	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES BR		
BR1. (Nom)A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? <i>Si oui, demander</i> PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu 1	1⇒Module Suivant 2⇒Module Suivant
	Oui, non vu 2	
	Non 3	
	NSP 8	
BR2. LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE AUPRES <i>de l'état civil</i> ?	Oui 1	1⇒ Module Suivant
	Non 2	
	NSP 8	
BR3. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE (nom) ?	Oui 1	
	Non 2	
BR4. POUR QUELLE RAISON PRINCIPALE N'AVEZ-VOUS PAS ENREGISTRE (NOM) A L'ETAT CIVIL ?	Mairie trop éloignée 1	
	Pas d'argent pour le faire 2	
	Par paresse 3	
	Pas d'importance 4	
	NSP 8	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT EC

<p>EC1. COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (<i>nom</i>) ?</p>	<p>Nombre de livres d'enfant 0 ___ Dix livres ou plus 10</p>	
<p>EC2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (<i>nom</i>) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC :</p> <p>[A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ?</p> <p>[B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ?</p> <p>[C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES BASSINES, CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ?</p> <p>Si l'enquêt(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insister pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Jouets fabriqué à la maison 1 2 8</p> <p>Jouets de magasin/Fabricant 1 2 8</p> <p>Objets du ménage ou objets du dehors 1 2 8</p>	
<p>EC3. PARFOIS LES ADULTES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, FAIRE LA LESSIVE, OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES JEUNES ENFANTS.</p> <p>AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE, COMBIEN DE JOURS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ETE:</p> <p>[A] LAISSE SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p>[B] LAISSE A LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT C'EST-A-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS, PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p>Si 'jamais', inscrire '0'. Si 'Ne sait pas', inscrire '8'</p>	<p>Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure..... ___</p> <p>Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure..... ___</p>	
<p>EC4. Vérifier AG2: Age de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Aller au Module suivant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuer avec EC5</p>		
<p>EC5. (<i>Nom</i>) SUIE-IL/ELLE UN PROGRAMME</p>	<p>Oui 1</p>	

D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'EVEIL, DANS UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?	Non.....2	
	NSP.....8	

<p>EC7. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE 15 ANS OU PLUS, PARTICIPE AVEC (<i>nom</i>) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>Si oui, demander:</i> QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Encercler tout ce qui est mentionné.</i></p> <p>[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[B] RACONTER DES HISTOIRES A (<i>nom</i>) ?</p> <p>[C] CHANTER DES CHANSONS A (<i>nom</i>) OU AVEC (<i>nom</i>), Y COMPRIS DES BERCEUSES ?</p> <p>[D] EMMENER (<i>nom</i>) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ?</p> <p>[E] JOUER AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[F] NOMMER, COMPTER, ET/OU DESSINER DES CHOSES POUR OU AVEC (<i>nom</i>) ?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>Mère</th> <th>Père</th> <th>Autre</th> <th>Pers-son-ne</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lire des livres</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Raconter des histoires</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Chanter des 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</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Nommer/Compter</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Mère	Père	Autre	Pers-son-ne	Lire des livres	A	B	X	Y	Raconter des histoires	A	B	X	Y	Chanter des chansons	A	B	X	Y	Promener	A	B	X	Y	Jouer	A	B	X	Y	Nommer/Compter	A	B	X	Y	
	Mère	Père	Autre	Pers-son-ne																																	
Lire des livres	A	B	X	Y																																	
Raconter des histoires	A	B	X	Y																																	
Chanter des chansons	A	B	X	Y																																	
Promener	A	B	X	Y																																	
Jouer	A	B	X	Y																																	
Nommer/Compter	A	B	X	Y																																	
<p>EC8. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. LES ENFANTS NE SE DEVELOPPENT PAS TOUS DE MANIERE IDENTIQUE ET ILS N'APPRENNENT PAS TOUS A LA MEME VITESSE. CERTAINS, PAR EXEMPLE, MARCHENT PLUS TOT QUE D'AUTRES. CES QUESTIONS PORTENT SUR PLUSIEURS ASPECTS DU DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT.</p> <p>EST-CE QUE (<i>nom</i>) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>																																				
<p>EC9. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>																																				
<p>EC10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10 ?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>																																				
<p>EC11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU ?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p>																																				

	NSP 8	
EC12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST PARFOIS TROP MALADE POUR JOUER ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	
EC13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS SUR COMMENT FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	
EC14. QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (<i>nom</i>), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?	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 (E)?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIREBD				
BD1. Vérifier AG2: Age de l'enfant				
<input type="checkbox"/> L'enfant a 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec BD2				
<input type="checkbox"/> L'enfant a 3 ou 4 ans ⇒ Aller au Module VACCINATION DES ENFANTS				
BD2. EST-CE QUE (nom) A ETE ALLAITE (E)?	Oui.....	1		
	Non.....	2	2⇒BD4	
	NSP.....	8	8⇒BD4	
BD3. EST-CE QUE (nom) EST ENCORE ALLAITE (E)?	Oui.....	1	1⇒BD4	
	Non.....	2		
BD3A. QUEL AGE(EN MOIS) AVAIT (nom) QUAND VOUS AVEZ CESSEZ DE L'ALLAITER ?	Mois.....	__ __		
	NSP.....	98		
<i>Enregistrer '98' si ne sait pas.</i>				
BD4. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON ?	Oui.....	1		
	Non.....	2		
	NSP.....	8		
BD5. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) ?	Oui.....	1		
	Non.....	2		
	NSP.....	8		
BD6. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A PRIS DES VITAMINES OU DES SUPPLEMENTS MINERAUX OU N'IMPORTE QUEL MEDICAMENT?	Oui.....	1		
	Non.....	2		
	NSP.....	8		
BD7. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) LIQUIDES QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A REÇU LIQUIDE MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES LIQUIDES CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON.				
EST-CE QUE (nom) A BU (Nom de la boisson) HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT:			O N NSP	
[A] DE L'EAU SIMPLE?	De l'eau	1	2	8
[B] DU JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS DE FRUITS?	Jus ou boissons à base de jus	1	2	8
[C] DE LA SOUPE CLAIRE OU DU BOUILLON ?	Bouillon/Soupe	1	2	8
[D] DU LAIT EN BOITE, EN Poudre OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?	Lait	1	2	8
<i>Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU DU LAIT? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois lait bu			—
[E] UNE PREPARATION DE LAIT MATERNISE POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE?	Lait maternisé pour bébé	1	2	8
<i>Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU UNE PREPARATION DE LAIT</i>	Nombre de fois lait maternisé pour bébé			—

MATERNISE POUR BEBE ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>				
[F] N'IMPORTE QUELS AUTRES LIQUIDES ? <i>Préciser</i>	Autres liquids	1	2	8

BD8. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) ALIMENTS QUE (<i>nom</i>) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. A NOUVEAU, JE VOUDRAIS SAVOIR SI (<i>nom</i>) A EU CET ALIMENT MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES ALIMENTS CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON.				
EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE (<i>Nom de l'aliment</i>) HIER DURANT LE JOUR OU LA NUIT :		O	N	NSP
[A] YAOURT?	Yaourt	1	2	8
<i>SI OUI: COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (<i>nom</i>) A MANGE/BU DU YAOURT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois a mangé/bu yaourt			—
[B] N'IMPORTE QUELLE NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBECOMME LE CERELAC OU MELOLAC?	Cerelac/Melolac	1	2	8
[C] DU PAIN, RIZ, PATES, OU AUTRES ALIMENTS A BASE DE CEREALES (MAIS, FONIO, SORGO, MIL) COMME KANIA NEMA?	Aliments faits à base de céréales	1	2	8
[D] COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, PATATE DOUCE QUI SONT JAUNE OU ORANGE A L'INTERIEUR ?	Courge, carottes, citrouille, etc.	1	2	8
[E] DES POMMES DE TERRES, DES IGNAME, DU MANIOC OU TOUT AUTRE ALIMENT FAIT AVEC DES TUBERCULES ?	Pommes de terre, ignames, manioc etc.	1	2	8
[F] N'IMPORTE QUELS LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE ?	Légumes à feuilles vert foncé	1	2	8
[G] DES MANGUES/PAPAYES MURES?	Mangues, papayes mures,	1	2	8
[H] N'IMPORTE QUELS AUTRES FRUITS OU LEGUMES?	Autres fruits et légumes	1	2	8
[I] DU FOIE, DES ROGNONS, DU CŒUR OU TOUT AUTRE ABAT?	Foie, rognons, cœur ou autres abats	1	2	8
[J] DE LA VIANDE DE BŒUF. PORC, AGNEAU, CHEVRE, POULET OU CANARD ?	Viande de bœuf, porc, agneau, chèvre, etc.	1	2	8
[K] DES ŒUFS?	Œufs	1	2	8
[L] DU POISSON FRAIS OU SECHE OU DES FRUITS DE MER ?	Poisson frais ou séché	1	2	8
[M] N'IMPORTE QUELS ALIMENTS A BASE DE HARICOTS, POIS, LENTILLES OU NOIX ?	Aliments à base de haricots, pois, etc.	1	2	8
[N] DU FROMAGE OU TOUT AUTRE PRODUIT LAITIER ?	Fromage ou autres produits laitiers	1	2	8
[O] N'IMPORTE QUELS AUTRES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES, OU MOUSQUE JE N'AI PAS MENTIONNE? <i>Préciser</i>	Autres aliments solides, semi-solides, ou mous	1	2	8

<hr style="width: 80%; margin-left: 10px;"/>	
BD9. Vérifier BD8 (Catégories "A" jusqu'à "O") <input type="checkbox"/> Au moins un "Oui" ou toutes "NSP" ⇨ Aller à BD11 <input type="checkbox"/> Sinon ⇨ Continuer avec BD10	
BD10. Insister pour déterminer si l'enfant a mangé des aliments solides, semi solides ou moushier, pendant le jour ou la nuit ? <input type="checkbox"/> L'enfant n'a rien mangé ou la répondante ne sait pas ⇨ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> L'enfant a mangé au moins un aliment solide, semi-solide ou mou mentionné par la répondante ⇨ Retourner à BD8 pour enregistrer l'aliment mangé hier [A à O]. Quand c'est fait, continuer avec BD11	
BD11. COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL/ELLE MANGE DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI SOLIDES OU MOUSHIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois NSP

VACCINATIONS IM											
Si un carnet/carte de vaccination est disponible, recopier les dates à IM3 pour chaque vaccination et Vitamine A enregistrées sur le carnet/carte. Les questions IM6-IM18Ane seront posées que si un carnet/carte n'est pas disponible											
IM1. AVEZ-VOUS UN CARNET/CARTE OU LES VACCINATIONS DE (<i>nom</i>) SONT ENREGISTREES? (<i>Si Oui</i>) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?				Oui, vu 1 Oui, non vu 2 Non, Pas de carnet/carte..... 3			1⇒IM3 2⇒IM6				
IM2. (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLEDEJA EU UN CARNET/CARTE DE VACCINATION ?				Oui 1 Non 2 NSP 8			1⇒IM6 2⇒IM6 8⇒IM6				
IM3. (a) Copier les dates de chaque vaccin du carnet ou de la carte. (b) Ecrire '44' dans la colonne "jour" si le carnet ou la carte montre qu'un vaccin a été fait mais la date n'est pas donnée.				Date de la vaccination							
				Jour		Mois		Année			
BCG	BCG										
POLIO 0	VPO0										
POLIO 1	VPO1										
PENTA 1 (DTCoQ 1)	PENTA1										
POLIO 2	VPO2										
PENTA 2 (DTCoQ 2)	PENTA2										
POLIO 3	VPO3										
PENTA 3 (DTCoQ 3)	PENTA3										
VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)	VPI										
ROUGEOLE (VAR)	ROUGEOLE										
FIEVRE JAUNE (VAA)	VAA										
VITAMINE A (PREMIERE DOSE)	VITA1										
VITAMINE A (DEUXIEME DOSE)	VITA2										
IM4. Vérifier IM3. Est-ce que tous les vaccins (de BCG à fièvre jaune) sont enregistrés ? <input type="checkbox"/> Oui⇒Aller à IM18B <input type="checkbox"/> Non⇒Continuer avec IM5											
IM5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CE CARNET/CARTE, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ? <input type="checkbox"/> Oui⇒retourner à IM3, insister sur ces vaccinations et écrire '66' dans la colonne jour correspondante de chaque vaccin mentionné. Quand complété, passer à IM18B <input type="checkbox"/> Non/NSP⇒Aller à IM18B											

IM6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU DES VACCINS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DES JOURNEES DE VACCINATIONS ?	Oui1 Non2 NSP8	2⇒IM18B 8⇒IM18B
IM7. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS LE BRAS OU L’EPAULE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?	Oui1 Non2 NSP8	
IM8. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE LA POLIO ?	Oui1 Non2 NSP8	2⇒IM11 8⇒IM11
IM9. EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE CONTRE LA POLIO A ETE DONNEE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE ?	Oui1 Non2 NSP8	
IM10A. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE PAR LA VOIE ORALE (GOUTTES DANS LA BOUCHE) ?	Nombre de fois	
IM10B. LA DERNIERE FOIS QUE (<i>nom</i>) A RECU LES GOUTTES CONTRE LA POLIO, EST-CE-QU’IL/ELLE A REÇU AUSSI UNE INJECTION CONTRE LA POLIO ? <i>Insister que cette question concerne une injection et non des gouttes administrées par la voie orale.</i> <i>Insister pour savoir si les 2 types de vaccination contre la polio (gouttes et injection) ont bien été donnés</i>	Oui1 Non2 NSP8	
IM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU « UN VACCIN PENTA » – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE, L’HEPATITE B ET L’HAEMOPHILUS DE TYPE B? <i>Insister en précisant que le vaccin Penta est parfois donné en même temps que la polio.</i>	Oui1 Non2 NSP8	2⇒IM16 8⇒IM16
IM16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE C’EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L’AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui1 Non2 NSP8	
IM17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIEVRE JAUNE - C’EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L’AGE DE 9MOISOU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? <i>Insister en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.</i>	Oui1 Non2 NSP8	
IM18A. AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UNE DOSE DE	Oui1 Non2	

VITAMINE A COMME CELLE-CI? <i>Montrez des modèles d'ampoules ou de Gélules/Sirop.</i>	NSP8	
IM18B. AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS, A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) DES COMPRIMES DE FER, DES GRANULES AVEC DU FER OU DU SIROP CONTENANT DU FER COMME (CELUI-CI) ? <i>Montrez des modèles d'ampoules ou de Gélules/Sirop.</i>	Oui1 Non2 NSP8	
IM18c. AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS, A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) DU MEBENDAZOLE, C'EST-A-DIRE DES DES MEDICAMENTS CONTRE LES VERS INTESTINAUX POUR LE DEPARASITER ?	Oui1 Non2 NSP8	

IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (<i>nom</i>) A ETE VACCINE(E) LORS D'UNE DES CAMPAGNES OU JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU A L'UNE DES JOURNEES DE VITAMINE A SUIVANTES OU A L'UNE DES JOURNEES DE LA SANTE DE L'ENFANT SUIVANTES:					
				O N NSP	
	[A] 28-31 Janvier 2016/ Campagne Polio	<i>Campagne Polio</i>			1 2 8
	[B] 16-23 Février 2016/ Campagne Rougeole	<i>Campagne Rougeole</i>			1 2 8
	[C] 03-06 Mars 2016/ Campagne Polio	<i>Campagne Polio</i>			1 2 8
[D] 07-10 Avril 2016/ Campagne Polio	<i>Campagne Polio</i>			1 2 8	

TRAITEMENT DES MALADIES		
CA1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	2⇒CA6A 8⇒CA6A
CA2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITE DE LIQUIDES A ETE DONNEE A (<i>nom</i>) DURANT SA DIARRHEE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE REÇU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins 1 Un peu moins..... 2 Environ la même quantité 3 Plus 4 Rien à boire 5 NSP..... 8	
CA3. PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE REÇU A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGE ? <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins 1 Un peu moins..... 2 Environ la même quantité 3 Plus 4 A stoppé nourriture 5 N'a jamais donné à manger..... 6 NSP..... 8	
CA3A. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT CONTRE LA DIARRHEE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	2⇒CA4 8⇒CA4
CA3B. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ? <i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ? Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne pas suggérer de réponse. Insister pour identifier chaque type d'endroit. Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit. _____ (Nom de l'endroit)	Secteur public Hôpital A Centre de santé B Poste de santé C Agent de santé..... D Autre médical public (<i>préciser</i>) H Secteur médical privé Hôpital/Clinique..... I Médecin privé..... J Pharmacie privée K Autre médical privé (<i>préciser</i>)..... O Autre source Parent (e)/ Ami (e) P Boutique/Marchand ambulant..... Q Guérisseur traditionnel R Autre (<i>préciser</i>) X	

CA4. AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SPECIAL (COMME ORASEL) ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	2⇒CA4C 8⇒CA4C
CA4B. OU AVEZ-VOUS EU LE SRO ? Insister pour identifier le type d'endroit. Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit. <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> (<i>Nom de l'endroit</i>)	Secteur public Hôpital..... 11 Centre de santé 12 Poste de santé 13 Agent de santé..... 14 Autre médical public (<i>préciser</i>) 16 Secteur médical privé Hôpital/Clinique..... 21 Médecin privé..... 22 Pharmacie privée 23 Autre médical privé (<i>préciser</i>) 26 Autre source Parent (e)/ Ami (e) 31 Boutique/Marchand ambulant..... 32 Guérisseur traditionnel 33 En avait déjà à la maison..... 40 Autre (<i>préciser</i>) 96	
CA4C. DURANT LE TEMPS OU (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHEE, LUI A-T-ON DONNE : [A] DES COMPRIMES DE ZINC ? [B] DU SIROP DE ZINC ?	 Comprimés de Zinc..... 1 2 8 Sirop de Zinc..... 1 2 8	 O N NSP
CA4D. Vérifier CA4C: A eu du zinc? <input type="checkbox"/> L'enfant a eu du zinc ('Oui' encerclé à 'A' ou 'B' dans CA4C) ⇒ Continuer avec CA4E <input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de zinc ⇒ Aller à CA4F		
CA4E. OU AVEZ-VOUS EU LE ZINC ? Insister pour identifier le type d'endroit. Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit. <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> (Nom de l'endroit)	Secteur public Hôpital..... 11 Centre de santé 12 Poste de santé 13 Agent de santé..... 14 Autre médical public (<i>préciser</i>) 16 Secteur médical privé Hôpital/Clinique..... 21 Médecin privé..... 22 Pharmacie privée 23 Autre médical privé (<i>préciser</i>) 26 Autre source Parent (e)/ Ami (e) 31 Boutique/Marchand ambulant..... 32 Guérisseur traditionnel 33	

	Autre (<i>préciser</i>) _____ 96	
<p>CA4F. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE À (<i>nom</i>) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS :</p> <p>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</p> <p>[A] EAU-SALÉE-SUCRÉE</p> <p>[B] LAIT D'ARACHIDE</p> <p>[C] JUS DE CAROTTE</p> <p>[D] LE THÉ</p> <p>[E] EAU DE RIZ BOUILLIE</p>	<p>O N NSP</p> <p>Eau salée sucrée 1 2 8</p> <p>Lait d'arachide 1 2 8</p> <p>Jus de carotte 1 2 8</p> <p>Le thé 1 2 8</p> <p>Eau de riz..... 1 2 8</p>	
<p>CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ÉTÉ DONNÉ POUR TRAITER LA DIARRHÉE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2⇒CA6A</p> <p>8⇒CA6A</p>

<p>CA6. QU'A-T-ON DONNÉ (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHÉE?</p> <p><i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ?</p> <p><i>Enregistrer tous les traitements donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Comprimé ou Sirop</p> <p>Antibiotique A</p> <p>Antimotilité..... B</p> <p>Autre (pas antibiotique, antimotilité)..... G</p> <p>Comprimé ou sirop inconnu H</p> <p>Injection</p> <p>Antibiotique L</p> <p>Non-antibiotique M</p> <p>Injection inconnue N</p> <p>Intraveineuse..... O</p> <p>Remède maison/ herbes médicinales..... Q</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ X</p>	
<p>CA6A. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (<i>nom</i>) A EU DE LA FIÈVRE À N'IMPORTE QUEL MOMENT ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA7</p> <p>8⇒CA7</p>
<p>CA6B. À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA MALADIE, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU DU SANG PRÉLEVÉ AU BOUT DE SON DOIGT POUR EFFECTUER UN TEST ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA7. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (<i>nom</i>) A ÉTÉ MALADE AVEC DE LA TOUX ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA9A</p> <p>8⇒CA9A</p>
<p>CA8. QUAND (<i>nom</i>) ÉTAIT MALADE AVEC DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>2⇒</p>

VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU EST-CE QU'IL/ELLE AVAIT DES DIFFICULTES POUR RESPIRER ?	NSP 8	CA9B 8⇒ CA9B
CA9. LA RESPIRATION RAPIDE OU LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?	Problème de bronches seulement 1 Nez bouché ou qui coulait seulement 2 Les deux 3 Autre (<i>préciser</i>) 6 NSP 8	1⇒ CA9B 2⇒ CA9B 3⇒ CA9B 6⇒ CA9B 8⇒ CA9B
CA9A. Vérifier CA6A : A eu de la fièvre		
<input type="checkbox"/> L'enfant a eu de la fièvre ⇒ Continuer avec CA9B		
<input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de fièvre ⇒ Aller à CA14		
CA9B. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITE DE LIQUIDES A ETE DONNEE A (<i>nom</i>) (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL) DURANT SA MALADIE (AVEC DE LA FIEVRE ET DE LA TOUX) PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE REÇU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus 4 Rien à boire 5 NSP 8	
CA9C. PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA MALADIE (FIEVRE/TOUX), A-T-IL/ELLE REÇU A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGE ? <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus 4 A stoppé nourriture 5 N'a jamais donné à manger 6 NSP 8	
CA10. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA12 8⇒CA12
CA10A. COMBIEN DE JOURS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?	Le même jour 1 Le lendemain 2 Deux jours après 3 Plus de 2 jours après 4 NSP 8	
CA11. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?	Secteur public Hôpital A Centre de santé B	

<p><i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ?</p> <p>Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne pas suggérer de réponse.</p> <p>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Poste de santé C Agent de santé D Autre médical public (préciser) _____ H</p> <p>Secteur médical privé Hôpital/clinique I Médecin privé J Pharmacie privée K Autre médical privé (préciser) _____ O</p> <p>Autre source Parent (e)/ Ami (e) P Boutique/Marchand ambulant Q Guérisseur traditionnel R</p> <p>Autre (préciser) _____ X</p>	
<p>CA12. A N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT LA MALADIE, EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>2⇒CA14 8⇒CA14</p>
<p>CA13. QUEL(S) MEDICAMENT(S) A-T-ON DONNE A (nom) ?</p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</p> <p>Encercler tous les médicaments donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Anti-paludiques : SP / Fansidar A Chloroquine B Amodiaquine C Quinine D Combinaison avec Artémisinine E Autre anti-paludéen (préciser) _____ H</p> <p>Antibiotiques: Comprimés / Sirop I Injection J</p> <p>Autres médicaments : Paracétamol/ Panadol /Acetaminophen . P Aspirine Q Ibuprofen R</p> <p>Autre (préciser) _____ X NSP Z</p>	
<p>CA13A. Vérifier CA13 : Antibiotique mentionné (code I ou J) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA13B</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Aller à CA13C</p>		
<p>CA13B. OU AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13)?</p> <p>Insister pour identifier le type d'endroit.</p>	<p>Secteur public Hôpital 11 Centre de santé 12 Poste de santé 13 Agent de santé 14 Autre médical</p>	

<p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>public (préciser) _____ 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/Clinique 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Autre médical privé (<i>préciser</i>) _____ 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) 31</p> <p>Boutique/Marchand ambulant 32</p> <p>Guérisseur traditionnel 33</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ 96</p>	
<p>CA13C. Vérifier CA13 : Antipaludiques mentionnés (codes A à H) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA13D</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Aller à CA14</p>		
<p>CA13D. OU AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13)?</p> <p>Insister pour identifier le type d'endroit.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital 11</p> <p>Centre de santé 12</p> <p>Poste de santé 13</p> <p>Agent de santé 14</p> <p>Autre médical public (préciser) _____ 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/Clinique 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Autre médical prive (<i>préciser</i>) _____ 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) 31</p> <p>Boutique/Marchand ambulant 32</p> <p>Guérisseur traditionnel 33</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ 96</p>	
<p>CA13E. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE A COMMENCE, (nom) A-T-IL/ELLE PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (nom de l'antipaludique déclaré à CA13)?</p> <p>Si plusieurs Antipaludiques ont été déclarés à CA13, donner le nom de tous les Antipaludiques mentionnés.</p>	<p>Même jour 0</p> <p>Jour suivant 1</p> <p>2 jours après début de la fièvre 2</p> <p>3 jours après début de la fièvre 3</p> <p>4 jours ou plus après début de la fièvre 4</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA14. Vérifier AG2 : Age de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant âgé de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec CA15</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant âgé de 3 ou 4 ans ⇒ Aller à UF13</p>		
<p>CA15. LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLE(E) DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?</p>	<p>Enfant a utilisé toilettes / latrines 01</p> <p>Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines 02</p> <p>Jeté / Rincé dans égout ou rigole 03</p> <p>Jeté aux ordures (déchets solides) 04</p> <p>Enterré 05</p> <p>Laisser à l'air libre 06</p>	

	Autre (<i>préciser</i>) _____	96
	NSP	98

TEST D'ANEMIE ET DE PALUDISMETS

<p>TSB201. VERIFIER AG1 OU AG2</p> <p>ENFANT A 0-5 MOIS C'EST-A-DIRE NE DANS LE MOIS DE L'ENQUETE OU DANS LES 5 MOIS PRECEDENTS.</p>	<p>0-5 mois 1</p> <p>Non (plus âgé) 2</p>	<p>1⇒UF13</p>
---	---	---------------

TSB207.

Demandez le consentement pour le test de l'anémie au parent ou à l'adulte responsable de l'enfant

Dans cette enquête, nous demandons à des enfants dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.

Nous demandons que tous les enfants nés en 2011 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.

Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.

Avez-vous des questions à me poser ?

Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision.

Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?

<p>TSB208.</p> <p>ENCERCLEZ LE CODE RÉSULTAT APPROPRIÉ DU CONSENTEMENT POUR LE TEST DE L'ANÉMIE</p>	<p>Accordé..... 1</p> <p>Refusé..... 2</p> <p>Absent..... 3</p> <p>Autre (préciser) _____ 6</p>	
--	---	--

TSB209.

Demandez le consentement pour le test du paludisme au parent ou à l'adulte responsable de l'enfant

*Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le **paludisme**. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.*

Nous demandons que tous les enfants nés en 2011 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. (Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie).

Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront

communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.

Avez-vous des questions à me poser ?

Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision.

Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme ?

TSB210. ENCERCLEZ LE CODE RÉSULTAT APPROPRIÉ DU CONSENTEMENT POUR LE TEST DUPALUDISME	Accordé..... 1 Refusé..... 2 Absent..... 3 Autre (préciser) _____ 6	
TSB211. PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).		
TSB212. SAISISSEZ CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME.	Code barre 1 ^{ère} Étiquette _____ Absent..... 99994 Refus..... 99995 Autre 99996 COLLEZ LA 2 ^{ème} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 ^{ème} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	
TSB213. INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL..... _____ , _____ Absent..... 99.4 Refus..... 99.5 Autre 99.6	
TSB214. ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	Testé 1 Absent 2 Refus..... 3 Autre 6	2⇒ TSB216 3⇒ TSB216 6⇒ TSB216
TSB215. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	Positif Falciparum (FP) 1 Positif espèces (OMV/PAN)..... 2 Positif FP/(OMV/PAN) 3 Négatif..... 4 Autre 6	1⇒UF13 2⇒UF13 3⇒UF13
TSB216. VÉRIFIEZ TSB213: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	En dessous de 8.0 G/DL/ Anémie sévère 1 8.0 G/DL ou plus 2 Absent..... 3 Refus..... 4	2⇒UF13 3⇒UF13 4⇒UF13

	Autre 6	6⇒UF13
TSB217. DÉCLARATION DE REFERENCE <u>POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement.		⇒UF13
TSB218. EST-CE QUE (NOM) SOUFFRE D'UNE DES MALADIES SUIVANTES OU PRESENTE UN OU DES SYMPTOMES SUIVANTS: FAIBLESSE EXTREME ? PROBLEMES CARDIAQUES ? PERTE DE CONSCIENCE ? RESPIRATION RAPIDE OU DIFFICULTE DE RESPIRER ? CONVULSIONS ? SAIGNEMENTS ANORMAUX ? JAUNISSE/PEAU JAUNE ? URINE FONCEE ? SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENCERCLEZ CODE - Y.	Faiblesse extrême A Problèmes cardiaques..... B Perte de conscience C Respiration rapide ou difficile D Convulsions E Saignements anormaux F Jaunisse G Urine foncée H Aucun symptôme..... Y	
TSB219. VÉRIFIEZ TSB218: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	Un code de A-H encerclé 1 Seulcode Y encerclé 2	1⇒ TSB221
TSB220. VÉRIFIEZ TSB213: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	En-dessous de 8.0 G/DL/ Anémie sévère 1 8.0 G/DL ou plus 2 Absent 3 Refus 4 Autre 6	2⇒ TSB222 3⇒ TSB222 4⇒ TSB222 6⇒ TSB222
TSB221. AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE (NOM) A PRIS OU (NOM) PREND-IL DE LA ACT DONNE PAR UN MEDECIN OU UN CENTRE DE SANTE POUR TRAITER LE PALUDISME ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DEVOIR LE TRAITEMENT.	Oui 1 Non 2	2⇒ TSB221B

<p>TSB221A : DÉCLARATION DE CONSEILS ET DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT CTA.</p>	<p>VOUS M'AVEZ DIT QUE (NOM DE L'ENFANT) PRESENTE CES SYMPTOMES QUE VOUS VENEZ DE CITER ET VOUS VENEZ DE DIRE AUSSI QU'IL/ELLE A DEJA REÇU CTA POUR LE PALUDISME. JE NE PEUX PAS VOUS DONNER UNE CTA SUPPLEMENTAIRE. SI VOTRE ENFANT A DE LA FIEVRE OU CONTINUE DE PRESENTER LES SYMPTOMES PENDANT 2 JOURS APRES LA DERNIERE DOSE DE CTA, VOUS DEVREZ AMENER L'ENFANT AU CENTRE DE SANTE LE PLUS PROCHE POUR DES EXAMENS PLUS APPROFONDIS.</p>			<p>⇒TSB227</p>
<p>TSB221B : DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</p>	<p>LE TEST POUR LE DIAGNOSTIC DU PALUDISME MONTRE QUE (NOM DE L'ENFANT) A DU PALUDISME. VOTRE ENFANT A EGALEMENT DES SYMPTOMES DE PALUDISME GRAVE. LE MEDICAMENT QUE J'AI CONTRE LE PALUDISME N'AIDERA PAS VOTRE ENFANT, ET JE NE PEUX PAS LUI DONNER DE TRAITEMENT. VOTRE ENFANT EST SERIEUSEMENT MALADE ET DOIT ETRE AMENE TOUT DE SUITE A UN ETABLISSEMENT DE SANTE.</p>			<p>⇒TSB227</p>
<p>TSB222 : AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE (NOM) A PRIS OU (NOM) PREND-IL DE LA CTA DONNE PAR UN MEDECIN OU UN CENTRE DE SANTE POUR TRAITER LE PALUDISME ?</p> <p>Vérifiez en demandant de voir le traitement</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇒TSB224</p>		
<p>TSB223 DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DEJA UN MEDICAMENT CTA</p>	<p>VOUS M'AVEZ DIT QUE (NOM DE L'ENFANT) A DEJA REÇU DE LA CTA POUR LE PALUDISME. JE NE PEUX PAS VOUS DONNER UNE CTA SUPPLEMENTAIRE. CEPENDANT, LE TEST MONTRE QU'IL/ELLE A DU PALUDISME. SI VOTRE ENFANT A DE LA FIEVRE PENDANT 2 JOURS APRES LA DERNIERE DOSE DE CTA, VOUS DEVREZ AMENER L'ENFANT AU CENTRE DE SANTE LE PLUS PROCHE POUR DES EXAMENS PLUS APPROFONDIS.</p>			<p>⇒TSB227</p>
<p>TSB224 LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p>	<p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plait, si vous acceptez, ou non, le médicament.</p>			
<p>TSB225 ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIE ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE</p>	<p>Médicament accepté 1 Refus 2 Autre 6</p>			<p>2⇒ TSB227 6⇒TSB227</p>
<p>TSB226A TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF, À L'AIDE DE LA COMBINAISON ARTESUNATE-AMODIAQUINE</p>	<p>Enfant <1 an Comprimé d'Artesunate-Amodiaquine (AS-AQ)</p>	<p>Jour 1 (1 comprimé/ jour)</p>	<p>Jour 2 (1comprimé/ jour)</p>	<p>Jour 3 (1comprimé/ jour)</p>

(AS-AQ)	(Plaquette à Bande Violette claire)			
	Enfant de 1-5 ans Comprimé d'Artesunate-Amodiaquine (AS-AQ) (Plaquette à Bande Violette foncée)	Jour 1 (1 comprimé/ jour)	Jour 2 (1 comprimé/ jour)	Jour 3 (1 comprimé/ jour)
	DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou têter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.			
TSB226B <i>TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF. A L'AIDE DE LA COMBINAISON ARTESUNATE AMODIAQUINE (AL)</i>	Enfant <3 ans Comprimé d'Artemether-luméfantrine (AL) à Bande rose	Jour 1 (1 comprimé deux fois par jour)	Jour 2 (1 comprimé deux fois par jour)	Jour 3 (1 comprimé deux fois par jour)
	Enfant de 3-5 ans Comprimé d'Artemether-luméfantrine (AL) à Bande violette	Jour 1 (2 comprimés deux fois par jour)	Jour 2 (2 comprimés deux fois par jour)	Jour 3 (2 comprimés deux fois par jour)
	DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou têter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.			
TSB227 <u>ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE REFERENCE</u>	Médicament donné1 Médicament refusé2 Référé pour paludisme grave3 Référé pour enfant prenant déjà de la CTA.....4 Autre6			
UF13. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes :			

UF14. Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et H15

Est-ce que l'enquêté(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d'un autre enfant âgé de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?

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

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

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

MESURES ANTHROPOMETRIQUES

UF1. Numéro de grappe : _____	UF2. Numéro de ménage : _____
UF3. Nom de l'enfant : Nom _____	UF4. Numéro de ligne de l'enfant : _____
UF5. Nom de la mère / gardienne : Nom _____	UF6. Numéro de ligne de la mère / gardienne : _____
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview : _____/_____/2016

ANTHROPOMÉTRIEAN

Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant.

Enregistrer ci-dessous le poids et la taille/grandeur, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant dans la liste des membres du ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.

AN1. Nom et code du mesureur :	Nom _____	
AN2. Résultat des mesures de la taille en position debout/allongé et du poids	Une ou les deux mesures 1 Enfant non présent..... 2 Enfant ou mère/ gardienne a refusé 3 Autre (préciser)..... 6	2⇒AN6 3⇒AN6 6⇒AN6
AN3. Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg) Poids non mesuré 99.9	
AN3A. Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'a pas pu être déshabillé jusqu'au minimum.		
AN3B. Vérifier l'âge de l'enfant à AG2: <input type="checkbox"/> L'enfant a moins de 2 ans ⇒ Mesurer la grandeur (l'enfant doit être couché). <input type="checkbox"/> L'enfant a 2 ans ou plus ⇒ Mesurer la taille (l'enfant doit être debout).		
AN4. Taille de l'enfant	Taille (cm)..... Taille pas mesurée 999.9	⇒ AN6
AN4A. Est-ce que l'enfant a été mesuré couché ou debout ?	Couché 1 Debout..... 2	

AN6. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?

Oui. ⇒ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant.

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

Observations de l'enquêtrice

Observations du Mesureur