

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>				
UF1. Numéro de grappe : _____		UF2. Numéro de ménage (HH2): _____		
UF3. Nom de l'enfant : Name _____		UF4. Numéro de ligne de l'enfant (HL1): _____		
UF5. Nom de la mère / gardienne : Name _____		UF6. Numéro de ligne de la mère / gardienne (HL9): _____		
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Name _____				
VISITE D'ENQUÊTEURS				
	1	2	3	
Date	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
Résultat	_____	_____	_____	
Rendez-vous	Date	___/___/___	___/___/___	
	Heure	__:__:__	__:__:__	

UF8. Date finale de l'interview : _____/_____/2012	Nombre total de visites : <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
UF9. Résultat final de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans : <i>Les codes font référence à la mère/gardiennne.</i>	Rempli.....01 Pas à la maison02 Refusé03 Partiellement rempli.....04 Incapacité05 Autre (<i>précisez</i>)96

UF10. Contrôlé sur le terrain par (Nom et code) : Nom _____	UF11. Agent de saisie (Nom et code) : Nom _____
--	--

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

NOUS FAISONS PARTIE DE L'INSTAT. 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

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 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 VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

- Oui, permission accordée* ⇒ Allez à UF12 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview.
- Non, permission non accordée* ⇒ Complétez UF9. Discutez ce résultat avec votre superviseur.

UF12. Enregistrez l'heure.

Heure et minutes ____ : ____

AGE		AG
<p>AG1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE DE (<i>nom</i>).</p> <p>EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (<i>nom</i>) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insistez:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p><i>Si la mère/gardiennne 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 enregistrés.</i></p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Jour ____ ____</p> <p>NSP Jour 98</p> <p>Mois ____ ____</p> <p>Année ____ ____</p>	
<p>AG2. QUEL AGE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insistez : QUEL AGE AVAIT (<i>nom</i>) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i></p> <p><i>Enregistrez 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 if incohérentes.</i></p>	<p>Âge (en années révolues) ____</p>	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
BR1. (<i>Nom</i>)A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/COPIE D'ACTE DE NAISSANCE? <i>Si oui, demandez</i> PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu..... 1 Oui, non vu..... 2 Non 3 NSP..... 8	1⇒Module Suivant 2⇒Module Suivant
BR2A. LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>) A-T-ELLE ETE DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	2⇒ BR3
BR2B. LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE A L'ETAT CIVIL ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	1⇒ Module Suivant
BR3. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT ?	Oui 1 Non 2	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		EC
<p>EC1. COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (nom) ?</p>	<p>Aucun 00</p> <p>Nombre de livres d'enfant 0 __</p> <p>Dix livres ou plus 10</p>	
<p>EC2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (nom) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON.</p> <p>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 CUVETTES OU CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ?</p> <p><i>Si l'enquêté(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>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Jouets fabriqué à la maison 1 2 8</p> <p>Jouets de magasin 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 (nom) 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><i>Si 'jamais, 'inscrivez '0'. Si 'Ne sait pas', inscrivez '8'</i></p>	<p>Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure __</p> <p>Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure __</p>	
<p>EC4. Vérifiez AG14: Age de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuez avec EC5</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Allez au Module suivant</p>		
<p>EC5. (Nom) SUIV-IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'EVEIL, COMME UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒ EC7</p> <p>8 ⇒ EC7</p>
<p>EC6. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (nom) A-T-IL FREQUENTE CET ENDROIT ?</p>	<p>Nombre d'heures __ __</p>	

<p>EC7. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE PLUS DE 15 ANS, PARTICIPE AVEC (<i>nom</i>) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>Si oui, demandez:</i> QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Si non, entourez 'Y'</i></p> <p><i>Encerclez 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] PASSER DU TEMPS AVEC (<i>nom</i>) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER ?</p>	<table border="1"> <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>Passer du temps</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	Passer du temps	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																																	
Passer du temps	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> <p>NSP 8</p>																																				
<p>EC12. EST-CE QU'IL ARRIVE PARFOIS QUE (<i>nom</i>) SOIT TROP MALADE POUR JOUER ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>																																				
<p>EC13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS POUR FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>																																				

<p>EC14. QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (<i>nom</i>), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8</p>	
<p>EC15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8</p>	
<p>EC16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8</p>	
<p>EC17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST FACILEMENT DISTRAIT?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8</p>	

ALLAITEMENT / APPORT ALIMENTAIRE		BF
BF1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A ETE ALLAITE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BF3 8⇒BF3
BF2. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST ENCORE ALLAITE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BF3 8⇒BF3
BF2A. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS ALLAITE (<i>nom</i>) HIER, PENDANT LE JOUR ET LA NUIT ? <i>Insistez :</i> COMBIEN DE FOIS PENDANT LES HEURES DE LA JOURNEE ? COMBIEN DE FOIS ENTRE LE COUCHER ET LE LEVER DU SOLEIL ?	Nombre de fois..... __ __ A la demande 95	
BF3 JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER QUELS LIQUIDES (<i>nom</i>) A REÇU HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT. JE CHERCHE A SAVOIR SI (<i>nom</i>) A REÇU CE LIQUIDE MEME S'IL ETAIT MELANGE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. CECI INCLUT AUSSI LES LIQUIDES OU ALIMENTS QUE (<i>nom</i>) A CONSOMME EN DEHORS DE LA MAISON. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DE L'EAU HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF4. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DU LAIT SPECIAL POUR BEBE TEL QUE GALLIA, GUIGOZ, NURSIE... VENDU EN COMMERCE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BF6 8⇒BF6
BF5. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE ?	Nombre de fois..... __ __	
BF6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DU LAIT TEL QUE DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BF8 8⇒BF8
BF7. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL BU DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?	Nombre de fois..... __ __	
BF8. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DES JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A 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 « RANOM-BARY » HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DES SUPPLEMENTS VITAMINIQUES OU MINERAUX OU DES MEDICAMENTS, 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 REHYDRATATION 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 MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BF15A 8⇒BF15A
BF14. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois..... _ _	
BF15A. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE TOUT TYPE DE MARQUE DE CEREALES ENRICHIES POUR BEBE, COMME FARILAC, KOB AINA HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT? <i>Demandez à voir la marque/l'emballage si disponible.</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15B. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DU PAIN, DU RIZ, DES PATES, DE LA BOUILLIE OU D'AUTRES ALIMENTS A BASE DE CEREALES</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15C. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DES CITROUILLES, CAROTTES, COURGES OU POMMES DE TERRE DOUCES QUI SONT JAUNES OU ORANGES A L'INTERIEUR</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15D. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DES POMMES DE TERRE, IGNAME BLANCHES, MANIOC, AUTRES ALIMENTS PREPARES A BASE DE RACINES</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15E. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DES LEGUMES A FEUILLES VERTES</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15F. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DES MANGUES OU PAPAYES</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15G. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>D'AUTRES FRUITS OU LEGUMES</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15H. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DU FOIE, REIN, CŒUR OU AUTRES ABATS</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15I. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DE LA VIANDE COMME DU BOEUF, DU PORC, DE L'AGNEAU, DE LA CHEVRE, DU POULET OU DU CANARD</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15J. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DES ŒUFS</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15K. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DU POISSON FRAIS OU SECHE OU DES CRUSTACES</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

BF15L. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DES ALIMENTS PREPARES A BASE DE HARICOTS, DE POIS, DE LENTILLES OU DE NOIX</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15M. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DU FROMAGE OU AUTRES PRODUITS LAITIERS</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15N. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DES HUILES, DES GRAISSES OU DU BEURRE, OU DES ALIMENTS PREPARES A PARTIR DE CES INGREDIENTS</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15O. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DES VERS, DES INSECTES, OU DES ESCARGOTS</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15V. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE D'AUTRES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 (Précisez) _____ Non 2 NSP 8	
BF15W. Vérifiez BF13 – BF15V: Aliments solides ou semi-solides <input type="checkbox"/> Pas un seul 'Oui' ⇒ Continuez avec BF16A <input type="checkbox"/> Au moins un 'Oui' ⇒ Allez à BF17A		
BF16A. JE VOUDRAIS ETRE SUR D'AVOIR BIEN COMPRIS: EST-CE CORRECTE DE DIRE QUE (<i>nom</i>) N'A MANGE AUCUN ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT? <i>Si 'Non', insistez: QUEL TYPE D'ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (EN BOUILLIE, PUREE) EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE ?</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	1 ⇒ Module suivant 2 ⇒ Insistez et corrigez BF13-BF15W au besoin 8 ⇒ Module suivant
BF17A. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI-SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) 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	

SOINS DES ENFANTS MALADES		CA
CA1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA7 8⇒CA7
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 REÇUT A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? <i>Si moins, insistez:</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 REÇUT 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, insistez:</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	
CA4. AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS: <i>Lisez à haute voix le nom de chaque produit et enregistrez la réponse avant de passer au produit suivant.</i> [A] UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SPECIAL APPELE SRO ? [B] UN LIQUIDE SRO PRECONDITIONNE POUR LA DIARRHEE ? [C] UN LIQUIDE MAISON, TEL QUE L'EAU DU COCO, L'EAU DU RIZ OU L'EAU DE LEGUMES?	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> Liquide sachet SRO 1 2 8 Liquide SRO préconditionné 1 2 8 Liquide maison recommandé 1 2 8	
CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ETE DONNE POUR TRAITER LA DIARRHEE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA7 8⇒CA7

<p>CA6. QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHEE?</p> <p><i>Insistez :</i> RIEN D'AUTRE ?</p> <p><i>Enregistrez tous les traitements donnés. Inscrivez 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>Zinc C</p> <p>Autre (pas antibiotique, antimotilité ou zinc)..... G</p> <p>Comprimé ou sirop inconnu H</p> <p>Injection</p> <p>Antibiotique L</p> <p>Non-antibiotique M</p> <p>Injection inconnue N</p> <p>Intraveineuse O</p> <p>Remède maison/ herbes médicinales Q</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) _____ X</p>	
<p>CA6A_CS. Vérifiez CA6: Réponse C?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuez avec CA6B_CS</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Allez à CA7</p>		
<p>CA6B_CS. COMBIEN DE TEMPS DURE LE TRAITEMENT AVEC LE ZINC ?</p>	<p>Jours _ _</p> <p>NSP 98</p>	
<p>CA7. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (<i>nom</i>) A ETE MALADE AVEC DE LA TOUX ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒ CA13C</p> <p>8⇒ CA13C</p>
<p>CA8. QUAND (<i>nom</i>) ETAIT MALADE AVEC DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU EST-CE QU'IL/ELLE AVAIT DES DIFFICULTES POUR RESPIRER ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒ CA13C</p> <p>8⇒ CA13C</p>
<p>CA9. LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?</p>	<p>Problème de bronches seulement 1</p> <p>Nez bouché ou qui coulait seulement 2</p> <p>Les deux 3</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) _____ 6</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒ CA13C</p> <p>6⇒ CA13C</p>
<p>CA10. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒ CA12</p> <p>8⇒ CA12</p>

<p>CA11. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</p> <p><i>Insistez :</i> NULLE PART AILLEURS ?</p> <p><i>Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne suggérez PAS de réponse.</i></p> <p><i>Insistez pour identifier chaque type d'endroit.</i></p> <p><i>Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public Centre hospitalier II.....A Centre hospitalier IB Centre de santé de base II.....C Centre de santé de base ID Clinique mobile/communautaireE Autre public (<i>précisez</i>).....H</p> <p>Secteur médical privé Hôpital/clinique privé.....I Centre de santé privéJ Médecin privé.....K Pharmacie/dépôt de médicamentL Clinique mobileM Autre médical privé (<i>précisez</i>).....O</p> <p>Autre source Parent (e)/ Ami (e)P Boutique/kiosqueQ Praticien traditionnelR Agent communautaireS</p> <p>Autre (<i>précisez</i>).....X</p>	
<p>CA12. EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>2⇒ CA13C 8⇒ CA13C</p>
<p>CA13. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insistez :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</p> <p><i>Encercler tous les médicaments donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Antibiotique Comprimé / SiropA Injection.....B</p> <p>Antipaludéens M</p> <p>Paracétamol/Panadol/AcétaminophèneP AspirineQ Ibuprofène.....R</p> <p>Autre (<i>précisez</i>).....X NSP.....Z</p>	
<p>CA13A_CS.Vérifiez CA13: Réponse à A ou B?</p> <p><input type="checkbox"/>Oui ⇒ Continuez avec CA13B_CS</p> <p><input type="checkbox"/>Non ⇒ Allez à CA13C</p>		
<p>CA13B_CS. COMBIEN DE TEMPS DURE LE TRAITEMENT AVEC L'ANTIBIOTIQUE?</p>	<p>Jours __ __ NSP 98</p>	
<p>CA13C. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA ETE ADMIS AU CRENAS/CRENI ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>2⇒ CA13E 8⇒ CA13E</p>
<p>CA13D. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST TOUJOURS AU CRENAS/CRENI ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	

<p>CA13E. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PREND OU A DEJA PRIS DU PLUMPY NUT OU IMMUNUT ?</p> <p><i>Montrez la photo de l'emballage.</i></p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA14. Vérifiez AG2 : enfant de moins de 3 ans ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒ Continuez avec CA15</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non. ⇒ Allez au module suivant</i></p>		
<p>CA15. LA DERNIERE FOIS QUE (<i>nom</i>) EST ALLE 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>Laissé à l'air libre 06</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) 96</p> <p>NSP 98</p>	

PALUDISME		ML
ML1. A N'IMPORTE QUEL MOMENT, AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE (nom) A ETE MALADE AVEC DE LA FIEVRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ Module suivant 8⇒ Module suivant
ML2. À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA MALADIE, EST-CE QUE (nom) A EU DU SANG PRELEVE AU BOUT DE SON DOIGT OU AU TALON POUR EFFECTUER UN TEST ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
ML3. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT QUELQUE PART OU AUPRES DE QUELQU'UN POUR LA MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML4. EST-CE QUE (nom) A ETE EMMENE DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE DURANT SA MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML5. EST-CE QUE L'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME DANS CET ETABLISSEMENT DE SANTE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML7 8⇒ML7
ML6. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (nom) ? <i>Insistez :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? <i>Encerclez tous les médicaments mentionnés. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments.</i> _____ (Nom des médicaments)	Antipaludiques: SP / Fansidar A Chloroquine B Amodiaquine C Quinine D Combinaison avec Artémisinine E Autre antipaludique (précisez) H Antibiotiques Comprimés / Sirop I Injection J Autres médicaments: Paracétamol/ Panadol /Acétaminophen..P Aspirine Q Ibuprofène R Autre (précisez) X NSP Z	
ML6A_CS.Vérifiez ML6: Antipaludiques mentionnés (codes A - H)?		
<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuez avec ML6B_CS <input type="checkbox"/> Non ⇒ Allez à ML7		
ML6B_CS. COMBIEN DE TEMPS DURE LE TRAITEMENT?	Jours NSP 98	
ML7. EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT OU APRES ETRE CONDUIT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒ML9 2⇒ML10 8⇒ML10
ML8. EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AU COURS DE CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML10 8⇒ML10

<p>ML9. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (nom) ?</p> <p><i>Insistez :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</p> <p><i>Encerclez tous les médicaments mentionnés. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments.</i></p> <p>_____</p> <p><i>(Nom des médicaments)</i></p>	<p>Antipaludiques: SP / Fansidar.....A ChloroquineB AmodiaquineC QuinineD Combinaison avec Artémisinine.....E Autre antipaludique (précisez) H</p> <p>Antibiotiques Comprimés / Sirop.....I InjectionJ</p> <p>Autres médicaments: Paracétamol/ Panadol/ Acétaminophen..P Aspirine.....Q IbuprofèneR</p> <p>Autre (précisez).....X NSPZ</p>	
<p>ML10. Vérifiez ML6 et ML9: Antipaludiques mentionnés (codes A - H)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒Continuez avec ML11</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒Allez au module suivant</p>		
<p>ML11. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE AIT COMMENCE, (nom) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (nom de l'antipaludique déclaré à ML6 ou ML9)?</p> <p><i>Si plusieurs antipaludiques ont été déclarés à ML6 ou ML9, donnez le nom de tous les antipaludiques mentionnés</i></p>	<p>Même jour0 Jour suivant1 2 jours après début de la fièvre.....2 3 jours après début de la fièvre.....3 4 jours ou plus après début de la fièvre4</p> <p>NSP8</p>	

VACCINATIONS										IM
Si un carnet de vaccination est disponible, recopiez les dates à IM3 pour chaque vaccination enregistrée sur le carnet. Les questions IM6-IM17 servent à enregistrer les vaccinations qui ne sont pas inscrites sur le carnet. Vous ne poserez IM6-IM17 que si un carnet n'est pas disponible										
IM1. AVEZ-VOUS UN CARNET OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTREES? (Si Oui) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?					Oui, vu 1 Oui, non vu 2 Pas de carnet 3					1⇒IM3 2⇒IM6
IM2. AVEZ-VOUS DEJA EU UN CARNET DE VACCINATION POUR (nom) ?					Oui 1 Non 2					1⇒IM6 2⇒IM6
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.					Date des vaccinations					
					Jour		Mois		Année	
BCG					BCG					
POLIO A LA NAISSANCE					VPO0					
POLIO 1					VPO 1					
POLIO 2					VPO 2					
POLIO 3					VPO 3					
DTCoQ1					DTCoQ1					
DTCoQ 2					DTCoQ2					
DTCoQ 3					DTCoQ3					
ROUGEOLE					VAR/ATR					
VITAMINE A (DOSE LA PLUS RECENTE)					VITA					
DEPARASITAGE (DOSE LA PLUS RECENTE)										
IM4. Vérifiez IM3. Est-ce que toutes les vaccinations (du BCG à la Rougeole) sont enregistrées? <input type="checkbox"/> Oui ⇒Continuez avec IM18 <input type="checkbox"/> Non ⇒Continuez avec IM5										
IM5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CE CARNET, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ? Enregistrez 'Oui' seulement si l'enquêtee mentionne des vaccins qui figurent dans le tableau ci-dessus.					Oui 1 (Insistez pour les vaccins et inscrivez '66' à la colonne jour correspondante pour chaque vaccin mentionné. Ensuite, sautez à IM18.) Non 2 NSP 8					2⇒IM18 8⇒IM18
IM6. EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU DES VACCINS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ?					Oui 1 Non 2 NSP 8					2⇒IM18 8⇒IM18

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 ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	
IM8. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE DES MALADIES - C’EST-A-DIRE LA POLIO ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒IM11 8⇒IM11
IM9. EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE DU VACCIN CONTRE LA POLIO A ETE DONNEE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE OU PLUS TARD ?	Dans les 2 premières semaines..... 1 Plus tard 2	
IM10. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois _	
IM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU « LE VACCIN DTCoQ » – 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 ? <i>Insistez en précisant que le vaccin du DTCoq est parfois donné en même temps que la polio</i>	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒IM16 8⇒IM16
IM12. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LE DTCoQ A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois _	
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 ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	
IM18. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A RECU UNE DOSE DE VITAMINE A DOSE COMME CELA DANS LES 6 DERNIERS MOIS ? <i>Montrez les types d’ampoules / capsule / sirops les plus communs</i>	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	
IM18A. AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LES VERS INTESTINAUX ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	

<p>M19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (<i>nom</i>) A PARTICIPE A L'UNE DES CAMPAGNES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES OU A L'UNE DES JOURNEES DE LA SANTE DE L'ENFANT SUIVANTES:</p> <p>[A] SSME Octobre 2011</p> <p>[B] SSME Avril 2011</p> <p>[C] SSME Octobre 2010/Campagne rougeole</p> <p>[D] SSME Avril 2010</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>SSME OCTOBRE 2011.....1 2 8</p> <p>SSME AVRIL 2011.....1 2 8</p> <p>SSME OCTOBRE 2010.....1 2 8</p> <p>SSME AVRIL 2010.....1 2 8</p>	
--	---	--

UF13. Enregistrez l'heure.	Heure et minutes ____ : ____	
----------------------------	------------------------------------	--

UF14. 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 ⇒ Allez au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la même personne

Non ⇒ Terminez l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération

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

Commencez un nouveau questionnaire femme ou enfant de moins de 5 ans.

Observations de l'enquêteur/enquêtrice