

OBSERVATIONS:

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain

Observations du superviseur

QUESTIONNAIRE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

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

Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou personnes en charge (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.

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 : _____/_____/_____
UF7A Nom et code du contrôleur : Nom _____	UF8A Jour / Mois / Année de contrôle : _____/_____/_____

Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée :
 NOUS FAISONS PARTIE DE L'EQUIPE DU MINISTERE DE LA SANTE - MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE, L'EDUCATION, LA NUTRITION ET LES DEPENSES DES MENAGES. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (nom). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE DU TEMPS. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET.

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 chef d'équipe.

UF9 Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans : Les codes font référence à la mère/gardienne.	Rempli..... 1 Pas à la maison..... 2 Refusé..... 3 Partiellement rempli..... 4 Incapacité..... 5 Autre (préciser)..... 6
UF10 Contrôlé sur le terrain par le Chef d'Equipe : Nom: _____	UF11 Agent de saisie (Nom et code) Nom: _____
UF10A Contrôlé sur le terrain par Superviseur : _____	Nom: _____
UF12 Enregistrez l'heure.	Heure et minutes : ____

ANNEXE H. QUESTIONNAIRES

AGE		AG
AG1	<p>MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE DE (nom). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p>Insistez: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE? Si la mère/personne en charge connaît la date de naissance exacte, inscrivez également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour</p> <p>Le mois et l'année doivent être enregistrés.</p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Jour 98</p> <p>NSP Jour..... 98</p> <p>Mois</p> <p>Année</p>
AG2	<p>QUEL AGE A (nom) ?</p> <p>Insistez : QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</p> <p>Enregistrez l'âge en années révolues. Si moins de 1 an, enregistrez '0'. Comparez et corrigez AG1 et/ou AG2 si incohérences.</p>	<p>Âge (en années révolues).....</p>
<p>Vérifiez AG1 et AG2 : Age de l'enfant :</p> <p><input type="checkbox"/> Si mois et année pas connus ➔ Continuez avec AG2A</p> <p><input type="checkbox"/> Si mois et année connus, donner l'âge en mois révolus correspondant sur le calendrier des événements et inscrire dans les cases prévues à cet effet et continuer au Module suivant</p>		
AG2A	<p>ESTIMER L'AGE A L'AIDE DU CALENDRIER D'EVENEMENT DE (NOM).....</p>	<p>Âge (en mois révolus).....</p>

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
BR1	<p>(Nom) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ ACTE DE NAISSANCE ?</p> <p>Si oui, demandez PUIS-JE LE VOIR ?</p>	<p>Oui, vu1 1⇒BR5</p> <p>Oui, non vu.....2 2⇒BR5</p> <p>Non3</p> <p>NSP8</p>
BR2	<p>LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?</p>	<p>Oui.....1 1⇒BR5</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>
BR3	<p>SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT ?</p>	<p>Oui.....1 2⇒BR5</p> <p>Non2</p>
BR4	<p>POURQUOI LA NAISSANCE DE (nom) N'A-T-ELLE PAS ETE ENREGISTREE/ DECLAREE ?</p> <p>NE PAS CITER LES REPONSES</p>	<p>Coûte trop cher.....1</p> <p>C'est trop loin2</p> <p>Ne savait pas qu'elle devait être enregistrée.....3</p> <p>Ne voulait pas payer d'amende4</p> <p>Ne sait pas où l'enregistrer.....5</p> <p>Autre (précisez)6</p> <p>NSP8</p>
BR5	<p>SELON VOUS QUELLE EST L'IMPORTANCE DE SE FAIRE ENREGISTRER DES LA NAISSANCE? NE PAS CITER LES REPONSES (PLUSIEURS REPONSES SONT POSSIBLES)</p>	<p>Présentation aux examens scolairesA</p> <p>Etablissement de documents d'identité (carte, passeport, etc.)B</p> <p>Mariage.....C</p> <p>VoteD</p> <p>Autre (précisez)X</p> <p>NSPZ</p>

ANNEXE H. QUESTIONNAIRES

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		EC
EC1	COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (nom) ?	Aucun.....00 Nombre de livres d'enfant Dix livres ou plus10
EC2	JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (nom) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC : [A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ? [B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ? [C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES CUVETTES OU CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ? 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.	O N NSP Jouets fabriqué à la maison1 2 8 Jouets de magasin/Fabriquant.....1 2 8 Objets du ménage ou objets du dehors .1 2 8
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. AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE, COMBIEN DE JOURS (nom) A-T-IL/ELLE ETE: [A] LAISSE SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? [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 ? Si 'jamais', inscrivez '00'. Si 'Ne sait pas', inscrivez '98'	Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure _ _ _ _ Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure _ _ _ _
EC4	Vérifiez AG2: Age de l'enfant <input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ➡ Continuez avec EC5 <input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ➡ Allez au Module suivant	

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 ?	Oui.....1 Non2 NSP8	2⇒EC7 8⇒EC7
EC6	AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (nom) A-T-IL FREQUENTE CET ENDROIT ?	Nombre d'heures..... _ _ _ _	
EC7	PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE PLUS DE 15 ANS, PARTICIPE AVEC (nom) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES : Si oui, demandez: QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (nom) ? Encerclez tout ce qui est cité. [A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (nom)? [B] RACONTER DES HISTOIRES/CONTES/DEVINETTES A (nom) ? [C] CHANTER DES CHANSONS A (nom) OU AVEC (nom), Y COMPRIS DES BERCEUSES ? [D] EMMENER (nom) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ? [E] JOUER AVEC (nom) ? [F] PASSER DU TEMPS AVEC (nom) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER ?	Oui.....1 Non2 Mère Père Autre Personne Lire des livres.....A B X Y Raconter des histoires.....A B X Y Chanter des chansonsA B X Y Promener.....A B X Y JouerA B X Y Passer du tempsA B X Y	
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. EST-CE QUE (nom) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?	Oui.....1 Non2 NSP8	

ANNEXE H. QUESTIONNAIRES

EC9	EST-CE QUE (nom) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	
EC10	EST-CE QUE (nom) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	
EC11	EST-CE QUE (nom) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	
EC12	EST-CE QU'IL ARRIVE PARFOIS QUE (nom) SOIT TROP MALADE POUR JOUER ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	
EC13	EST-CE QUE (nom) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS POUR FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	
EC14	QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (nom), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	
EC15	EST-CE QUE (nom) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	
EC16	EST-CE QUE (nom) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	
EC17	EST-CE QUE (nom) EST FACILEMENT DISTRAIT?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	

ALLAITEMENT

BF

BF1	EST-CE QUE (nom) A ETE ALLAITE ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	2⇒BF3 8⇒BF3
BF2	EST-CE QUE (nom) EST ENCORE ALLAITE ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	
BF3	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER QUELS LIQUIDES (nom) A RECU HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT. JE CHERCHE A SAVOIR SI (nom) A REÇU CE LIQUIDE MEME S'IL ETAIT MELANGE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. EST-CE QUE (nom) A BU DE L'EAU HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	
BF4	EST-CE QUE (nom) A BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDU EN COMMERCE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	2⇒BF6 8⇒BF6
BF5	COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE ?	Nombre de fois.....	
BF6	EST-CE QUE (nom) A BU DU LAIT TEL QUE DU LAIT EN BOITE, EN POUFRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	2⇒BF8 8⇒BF8
BF7	COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL BU DU LAIT EN BOITE, EN POUFRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?	Nombre de fois.....	
BF8	EST-CE QUE (nom) A BU DES JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	
BF9	EST-CE QUE (nom) A BU DE LA SOUPE HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	
BF10	EST-CE QUE (nom) A BU DES SUPPLEMENTS VITAMINIQUES OU MINERAUX OU DES MEDICAMENTS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	
BF11	EST-CE QUE (nom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	

ANNEXE H. QUESTIONNAIRES

BF12	EST-CE QUE (nom) A BU D'AUTRES LIQUIDES, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	
BF13	EST-CE QUE (nom) A BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	2⇒BF15 8⇒BF15
BF14	COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois.....	
BF15	EST-CE QUE (nom) A MANGE DE LA BOUILLIE LEGERE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	
BF16	EST-CE QUE (nom) A MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	2⇒BF18 8⇒BF18
BF16A	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER QUELLE NOURRITURE (nom) A REÇU HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT. EST-CE QUE (nom) A BU OU A MANGE:		
	A. DE PAIN, RIZ, PATE, AUTRE ALIMENTS A BASE A CEREALE, COMME LA BOUILLE EPAISSE (BOUILLIE A BASE A FARINE, DU MIL, MAIS, SORGO, OU AUTRES CEREALES, COUSCOUS, MISOLA, PPN, RIZ SAUCE, RIZ GRAS)	A1 2 8	
	B. CAROTTES, IGNAME OU COURGES DE CHAIR ROUGE, CITROUILLE DE CHAIR ROUGE OUPATATE DOUCE DE CHAIR ROUGE (ORANGE OU JAUNE)	B1 2 8	
	C. ALIMENTS A BASE DE POMME DE TERRE, IGNAME BLANCHE, MANIOC, CASSAVA, PATATE DOUCE BLANCHE, OU AUTRES TUBERCULES OU RACINES LOCALS?	C1 2 8	
	D. LEGUMES OU FEUILLES VERTES	D1 2 8	
	E. MANGUES OU PAPAYES MURES	E1 2 8	
	F. AUTRE FRUIT OU LEGUME	F1 2 8	
	G. FOIE, ROGNONS, CŒUR OU AUTRES ABATS	G1 2 8	
	H. VIANDE COMME BŒUF, PORC, MOUTON, CHEVRE, POULET, CANARD OU AUTRES VOLAILLES ?	H1 2 8	
	I. DES ŒUFS	I1 2 8	
	J. POISSON FRAIS OU SECHE	J1 2 8	

BF16A	K. ARACHIDES, NIEBES, HARICOTS, LENTILLES, SOJA, NOIX OU AUTRES ALIMENTS A BASE DE LEGUMINEUSES	K1 2 8	
	L. ALIMENTS PREPARES AVEC L'HUILE, DE LA GRAISSE, DE BEURRE	L1 2 8	
	M. ALIMENTS SUCRES COMME CHOCOLAT, BONBONS, PATISSERIES, GATEAU OU BISCUITS	M1 2 8	
	N. ASSAISONNEMENTS, LES EPICES, PIMENT, POISSON EN POUDRE OU LES HERBES	N1 2 8	
	O. LARVE, ESCARGOTS, OU INSECTES	O1 2 8	
	P. ALIMENTS PREPARES AVEC L'HUILE DE PALME ROUGE OU SAUCE DE L'HUILE DE PALME ROUGE ?	P1 2 8	
BF17	COMBIEN DE FOIS (nom) 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 (nom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	

ANNEXE H. QUESTIONNAIRES

SOINS DES ENFANTS MALADES		CA	
CA1	EST-CE QUE (nom) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	Oui.....1 Non2 NSP8	2⇒CA7 8⇒CA7
CA2	JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITE DE LIQUIDES A ETE DONNE A (nom) DURANT SA DIARRHEE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). PENDANT QUE (nom) AVAIT LA DIARRHEE, A T-IL/ELLE RECU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? Si moins, insistez: EST-CE QU'IL/ELLE A RECU 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 quantité3 Plus4 Rien à boire.....5 NSP8	
CA3	PENDANT QUE (nom) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE RECU A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGE ? Si moins, insistez: EST-CE QU'IL/ELLE A RECU 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 quantité3 Plus4 A stoppé nourriture.....5 N'a jamais donné à manger6 NSP8	
CA4	AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (nom) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS: Lisez à haute voix le nom de chaque produit et enregistrez la réponse avant de passer au produit suivant. [A] UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SPECIAL APPELE SRO OU "KENEYADJI"? : [B] UNE SOLUTION FABRIQUEE A DOMICILE A BASE DE SEL, SUCRE ET EAU ? [C] UN AUTRE LIQUIDE RECOMMANDE PAR LE GOUVERNEMENT (à préciser) ----- (Nom du liquide)	O N NSP Liquide sachet "Kenyadji" 1 2 8 Une solution fabriquée à domicile..... 1 2 8 Autre liquide recommandé par le gouvernement 1 2 8	
CA5	EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ETE DONNE POUR TRAITER LA DIARRHEE ?	Oui.....1 Non2 NSP8	2⇒CA7 8⇒CA7

CA6	QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHEE? Insistez : RIEN D'AUTRE ? Enregistrez tous les traitements donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés. ----- (Nom du médicament 1) ----- (Nom du médicament 2) ----- (Nom du médicament 3) ----- Nom du médicament 4)	Comprimé ou Sirop Antibiotique.....A AntimotilitéB ZincC Autre (pas antibiotique, antimotilité ou zinc) ...G Comprimé ou sirop inconnuH Injection Antibiotique.....L Non-antibiotique.....M Injection inconnue.....N Intraveineuse.....O Remède maison/ herbes médicinalesQ Autre (précisez)X	
CA7	EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (nom) A ETE MALADE AVEC DE LA TOUX ?	Oui.....1 Non2 NSP8	2⇒CA14 8⇒CA14
CA8	QUAND (nom) 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 ?	Oui.....1 Non2 NSP8	2⇒CA14 8⇒CA14
CA9	LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?	Problème de bronches1 Nez bouché ou qui coulait2 Les deux.....3 Autre (précisez)6 NSP8	2⇒CA14 6⇒CA14
CA10	AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?	Oui.....1 Non2 NSP8	2⇒CA12 8⇒CA12
CA11	OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ? Insistez : NULLE PART AILLEURS ? Encerclez tous les endroits mentionnés, Mais ne suggérez PAS de réponse. Insistez pour identifiez chaque type d'endroit. Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit. ----- (Nom de l'endroit)	Secteur public HôpitalA CsrefB CscmC Disp/MaterniteD Autre public (précisez)E Secteur médical privé Clinique privé/Cabinet médical.....F Cabinet de Soins.....G Salle de Soins.....H Pharmacie.....I Autre privé médical (précisez)J Autres sources Parent (e)/ Ami (e)K BoutiqueL Guérisseur/Praticien traditionnelM Vendeur AmbulantN Autres (précisez)X	

ANNEXE H. QUESTIONNAIRES

CA12	EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	Oui.....1 Non2 NSP8	2⇒CA14 8⇒CA14
CA13	QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (nom) ? Insistez : AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? Encerclez tous les médicaments donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés. ----- (Nom des médicaments)	Antibiotique Comprimé / Sirop..... A Injection B Antipaludéens M Paracétamol/Panadol/Acétaminophène..... P Aspirine..... Q Ibuprofen..... R Autre (précisez) X NSP Z	
CA14	Vérifiez AG2 : enfant de moins de 3 ans ? <input type="checkbox"/> Oui. ➔ Continuez avec CA15 <input type="checkbox"/> Non. ➔ Allez au module suivant		
CA15	LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?	Enfant a utilisé toilettes / latrines01 Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines..... 02 Jeté / Rincé dans égout ou rigole03 Jeté aux ordures (déchets solides).....04 Enterré.....05 Lissé à l'air libre06 Autre (précisez) 96 NSP 98	

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 Non2 NSP8	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 Non2 NSP8	
ML3	AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT QUELQUE PART OU AUPRES DE QUELQU'UN POUR LA MALADIE ?	Oui.....1 Non2 NSP8	2⇒ML7 8⇒ML7
ML3A	AUPRES DE QUI ?	Secteur public HôpitalA Csref CscomC Disp/MaterniteD Autre public (précisez) E Secteur médical privé Clinique privé/Cabinet médical..... F Cabinet de SoinsG Salle de SoinsH Pharmacie.....I Autre privé médical (précisez) J Autres sources Parent (e)/ Ami (e)K Boutique L Guérisseur/Praticien traditionnel M Vendeur AmbulantN Autre (précisez) X	
ML4	EST-CE QUE (nom) A ETE EMMENE DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE DURANT SA MALADIE ?	Oui.....1 Non2 NSP8	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 Non2 NSP8	2⇒ML7 8⇒ML7

ANNEXE H. QUESTIONNAIRES

ML6	<p>QUEL MEDICAMENT A-T- ON DONNE A (nom) ? Insistez : AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? Encercler tous les médicaments cités. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments.</p> <p>----- (Nom des médicaments)</p>	<p>Antipaludéens: SP/Fansidar/Maloxine..... A Chloroquine C Amodiaquine..... C Quinine D Combinaison avec Artémisinine..... E DBC Antipaludéen spécifique au pays F Autre antipaludéen (précisez) H</p> <p>Antibiotiques Comprimés / Sirop..... I Injection J</p> <p>Autres mé Paracétamol/ Panadol /Acétaminophen P Aspirine Q Ibuprofen R Autre (précisez) X NSP Z</p>	
ML7	<p>EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE?</p>	<p>Oui.....1 Non2 NSP8</p>	<p>1⇒ML9 2⇒ML10 8⇒ML10</p>
ML8	<p>EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AU COURS DE CETTE MALADIE ?</p>	<p>Oui.....1 Non2 NSP8</p>	<p>2⇒ML10 8⇒ML10</p>
ML9	<p>QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (nom) ? Insistez : AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? Encercler les codes pour tous les médicaments cités. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez les noms de tous les médicaments qui ne sont pas dans la liste.</p> <p>----- (Nom des médicaments)</p>	<p>Antipaludéens: SP/Fansidar/Maloxine..... A Chloroquine B Amodiaquine..... C Quinine D Combinaison avec Artémisinine..... E DBC Antipaludéen spécifique au pays F Autre antipaludéen (précisez) H</p> <p>Antibiotiques Comprimés / Sirop (Amoxicilline,Cotrimoxazole)..... I Injection (Ceftriazone)..... J</p> <p>Autres médicaments: Paracétamol/ Panadol/ Acetaminophen..... P Aspirine Q Ibuprofen R Autre (précisez) X NSP Z</p>	

ML10	<p>Vérifiez ML6 et ML9: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)? <input type="checkbox"/> Oui. ➔ Continuez avec ML11 <input type="checkbox"/> Non. ➔ Allez au module suivant</p>	
ML11	<p>COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE AIT COMMENCE, (nom) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (nom de l'antipaludéen déclaré à ML6 ou ML9)? Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à ML6 ou ML9, Enregistrez combien de temps après le début de la fièvre le premier antipaludéen a été donné</p>	<p>Même jour 0 Jour suivant 1 2 jours après début de la fièvre 2 3 jours après début de la fièvre 3 4 jours ou plus après début de la fièvre 4 NSP 8</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 PLAIT ?	Oui, vu1 Oui, non vu.....2 Pas de carnet3	1⇒IM3 2⇒IM6
IM2	AVEZ-VOUS DEJA EU UN CARNET DE VACCINATION POUR (nom) ?	Oui.....1 Non2	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 VPO 0		
	POLIO 1 VPO 1		
	POLIO 2 VPO 2		
	POLIO 3 VPO 3		
	DTCOQ 1 DTCOQ 1		
	DTCOQ 2 DTCOQ 2		
	DTCOQ 3 DTCOQ 3		
	PENTAVALENT1 PENTA 1		
	PENTAVALENT2 PENTA 2		
	PENTAVALENT3 PENTA 3		
	ROUGEOLE (OU ROR) ROUG.		
	FIEVRE JAUNE FJ		
IM4	Vérifiez IM3. Est-ce que toutes les vaccinations (du BCG à la Fièvre Jaune) 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 ?	Oui.....1 Non2 NSP8	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 Non2 NSP8	2⇒IM18 8⇒IM18
IM7	EST-CE QUE (nom) 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 Non2 NSP8	
IM8	EST-CE QUE (nom) 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 Non2 NSP8	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 semaines1 Plus tard.....2	
IM10	COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois..... ___	
IM11	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU « LE VACCIN DTCOQ » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION AU BRAS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE ? Insistez en précisant que le vaccin du DTCoq est parfois donné en même temps que la polio	Oui.....1 Non2 NSP8	2⇒IM13 8⇒IM13
IM12	COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LE DTCOQ A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois..... ___	
IM13	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU LE VACCIN PENTAVALENT - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION AU BRAS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER L'HEPATITE B, LE TETANOS, LA COQUELUCHE, LA DIPHTERIE, LA PNEUMONIE A HAEMOPHILUS (PNEUMONIE). Insistez en précisant que le vaccin pentavalent est parfois donné en même temps que les vaccins de la polio et du DTCoq	Oui.....1 Non2 NSP8	2⇒IM16 8⇒IM16
IM14	EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE PENTAVALENT A ETE DONNEE A LA 6EME SEMAINE DE NAISSANCE OU PLUS TARD ?	A la 6ème semaine de naissance1 Plus tard.....2	

ANNEXE H. QUESTIONNAIRES

IM15	COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PENTAVALENT A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois.....	
IM16	EST-CE QUE (nom) 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 Non2 NSP.....8	
IM17	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIEVRE JAUNE - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? Insistez en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.	Oui.....1 Non2 NSP.....8	
IM18	EST-CE QUE (nom) A RECU UNE DOSE DE VITAMINE A DOSE COMME CELA DANS LES 6 DERNIERS MOIS ? Montrez les types d'ampoules/ capsule / sirops les plus communs	Oui.....1 Non2 NSP.....8	
IM19	Enregistrez la date de la prise de Vitamine A la plus récente telle que vue sur le carnet de vaccination Ecrivez '44' pour jour si le carnet montre qu'une dose de Vit A a été donnée mais que la date n'a pas été enregistrée ; laissez le mois et l'année en blanc.	Jour..... Mois..... Année..... Pas de mention de Vitamine A portée sur le carnet9994 Pas de carnet /carnet pas vu9995	
IM20	Dites-moi, s'il vous plaît, si (nom) a participé à l'une des campagnes ou journées nationales de vaccination suivantes et/ou à l'une des journées de vitamine A suivantes ou à l'une des journées de la santé de l'enfant suivantes: [A] Polio 29 Mai au 1er Juin 2009 [B] Vitamine A 2009	O N NSP Campagne A1 2 8 Campagne B.....1 2 8	
UF13	Enregistrez l'heure.	Heure et minutes.....:.....	
UF14	Est-ce que l'enquêté(e) est la mère ou la personne en charge d'un autre enfant âgé de 0-4 ans vivant dans ce ménage ? <input type="checkbox"/> Oui. ➔ Indiquez à l'enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant plus tard. Allez au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la même personne <input type="checkbox"/> Non. ➔ Terminez l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et dites-lui que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant Vérifiez s'il y a une autre femme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui vous devrez administrer un questionnaire dans ce ménage. Commencez un nouveau questionnaire femme ou enfant de moins de 5 ans ou organisez-vous pour les mesures anthropométriques de tous les enfants éligibles de ce ménage.		

ANTHROPOMÉTRIE

AN

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

Enregistrez ci-dessous le poids et la taille en position allongée ou en position debout, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifiez le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.

AN1	NOM ET CODE DU TECHNICIEN :	Nom.....	
AN2	Résultat des mesures de la taille en position debout/allongée et du poids	Une ou les deux mesures1 Enfant non présent2 Enfant ou gardienne a refusé3 Autre (précisez)6	2⇒AN6 3⇒AN6 6⇒AN6
AN3	Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg)..... Poids non mesuré..... 99.9	
AN4	Taille de l'enfant en position debout ou allongée Vérifiez l'âge de l'enfant à AG2 : <input type="checkbox"/> Enfant de moins de 2 ans. ➔ Mesurez la taille (position allongée). <input type="checkbox"/> Enfant de 2 ans ou plus. ➔ Mesurez la taille (position debout).	Taille (cm) Position allongée1 Taille (cm) Position debout2 Taille allongée/debout non mesurée999.9	
AN5	Œdème Observez et enregistrez	Vérifié : Œdème présent1 Œdème non présent.....2 Pas sûr3 Non vérifié (précisez la raison)7	
AN6	Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ? <input type="checkbox"/> Oui. ➔ Enregistrez les mesures pour l'enfant suivant. <input type="checkbox"/> Non. ➔ MODULE SUIVANT. Rassemblez tous vos questionnaires pour ce ménage et vérifiez que tous les numéros d'identification sont insérés à chaque page. Notez dans le panneau d'information sur le ménage le nombre d'interviews complétées.		

ANNEXE H. QUESTIONNAIRES

TEST D'ANÉMIE POUR L'ENFANT		AC
AC1	VÉRIFIER COLONNE HL9 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA MÈRE OU PERSONNE QUI PREND SOIN DE L'ENFANT, AINSI QUE LE NOM DE L'ENFANT À AC2. LE RÉSULTAT FINAL DU TEST D'ANÉMIE SERA ENREGISTRÉ À AC6.	
AC2	NUMÉRO DE LIGNE À LA COLONNE HL9 DE LA MÈRE OU PERSONNE QUI PREND SOIN DE L'ENFANT: NOM DE L'ENFANT À LA COLONNE HL2 :	NUMÉRO DE LIGNE : NOM DE L'ENFANT :
AC3	<p>DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU TEST D'ANÉMIE POUR L'ENFANT DE MOINS DE CINQ ANS</p> <p>LIRE LE CONSENTEMENT A LA MÈRE/ PERSONNE RESPONSABLE DONT LE NUMÉRO DE LIGNE EST IDENTIFIÉ À AC2 POUR L'ENFANT. ENCERCLER LE CODE '1' À AC3 SI LA MÈRE/ PERSONNE RESPONSABLE ACCEPTE LE TEST D'ANÉMIE ET CODE '2' SI ELLE REFUSE ET SIGNER.</p> <p>DANS LE CADRE DE CETTE ENQUETE, NOUS FAISONS UNE ETUDE SUR L'ANEMIE PARMIS LES FEMMES ET LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS. COMME VOUS LE SAVEZ PEUT ETRE L'ANEMIE EST UN PROBLEME DE SANTE SERIEUX QUI RESULTE D'UNE ALIMENTATION PAUVRE, D'INFECTIONS OU DE MALADIE CHRONIQUE. LES RESULTATS DE CETTE ENQUETE PERMETTRONT D'AIDER LE GOUVERNEMENT A METTRE EN PLACE DES PROGRAMMES POUR PREVENIR ET TRAITER L'ANEMIE. POUR CE TEST, NOUS INVITONS LES PERSONNES INTERROGÉES A DONNER QUELQUES GOUTTES DE SANG PRELEVÉES AU BOUT D'UN DOIGT.</p> <p>POUR CE TEST, ON UTILISE AUSSI UN EQUIPEMENT PROPRE ET ABSOLUMENT SANS RISQUE. IL N'A JAMAIS ETE UTILISE AUPARAVANT ET SERA JETE APRES CHAQUE TEST.</p> <p>LE SANG SERA TESTE POUR L'ANEMIE IMMEDIATEMENT ET LES RESULTATS VOUS SERONT COMMUNIQUES TOUT DE SUITE. LES RESULTATS SONT CONFIDENTIELS.</p> <p>SI VOUS ETES ANEMIEE, VOUS RECEVREZ UN TRAITEMENT APPROPRIE.</p> <p>AVEZ-VOUS DES QUESTIONS ? VOUS POUVEZ DIRE OUI POUR LE TEST, OU NON. C'EST VOTRE DECISION.</p> <p>AUTORISEZ-VOUS (NOM DE L'ENFANT) A PARTICIPER AU TEST D'ANEMIE ?</p>	
	LIRE LE CONSENTEMENT POUR L'ANEMIE. ENCERCLER UN CODE ET SIGNER.	ACCORDÉ1 REFUSÉ.....2 (SIGNER)
AC4	PRÉPARER LE MATÉRIEL ET EFFECTUER LE TEST POUR L'ENFANT SI LE CONSENTEMENT EST OBTENU ET CONTINUER À AC5.	
AC5	ENREGISTRER LE CODE RESULTAT DU TEST DE L'ANEMIE.	TESTÉ1 PAS PRÉSENT.....2 REFUSÉ.....3 AUTRE6
		2⇒Fin Questionnaire 3⇒Fin Questionnaire 6⇒Fin Questionnaire
AC6	ENREGISTRER LE NIVEAU D'HEMOGLOBINE.	G/DL..... , ..

OBSERVATIONS:

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain

Observations du chef d'équipe

Observations du superviseur
