

## QUESTIONNAIRE POUR ENFANT MOINS DE 5 ANS

Mali

### 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 HL15) 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.

<b>UF1.</b> Numéro de grappe : ____ _	<b>UF2.</b> Numéro de ménage : ____ _
<b>UF3.</b> Nom de l'enfant : Nom _____	<b>UF4.</b> Numéro de ligne de l'enfant : ____ _
<b>UF5.</b> Nom de la mère/gardienn(e) : Nom _____	<b>UF6.</b> Numéro de ligne de la mère/gardienn(e) : ____ _
<b>UF7.</b> Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	<b>UF8.</b> Jour/mois/année de l'interview : ____ / ____ / 2015

*Si ce n'est pas déjà fait, se présenter à la personne qui répond :*  
NOUS SOMMES DES AGENTS DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE, L'EDUCATION ET LA NUTRITION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (*nom de l'enfant en UF3*). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 15 A 25 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

*Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à la personne qui répond, lire la phrase suivante :*  
MAINTENANT, JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (*nom de l'enfant en UF3*). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 15 A 25 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

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

<b>UF12.</b> Enregistrer l'heure.	Heure et minutes ____ : ____
-----------------------------------	------------------------------

### ÂGE

AG

<p><b>AG1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE DEVELOPPEMENT ET LA SANTE DE (<i>nom</i>). QUEL JOUR, QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (<i>nom</i>) EST-IL/ELLE NE(E) ?  <i>Insister :</i>            QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?  <i>Si la mère/gardienn(e) connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; sinon, encercler « 98 » pour jour.            Le mois et l'année doivent être enregistrés.</i></p>	<p>Date de naissance :</p> Jour ..... 98 NSP jour ..... Mois..... Année..... 20 ____	
	<p><b>AG2.</b> QUEL AGE A (<i>nom</i>) ?  <i>Insister :</i> QUEL AGE A EU (<i>nom</i>) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?            Enregistrer l'âge en années révolues.            Si moins de 1 an, enregistrer « 0 ».            Comparer et corriger AG1 et/ou AG2 si incohérentes.</p>	<p>Âge (en années révolues).....</p>

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
<b>BR1.</b> (Nom) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? <i>Si oui, demander :</i> PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu.....1 Oui, non vu .....2 Non.....3 NSP.....8	1 ⇨ BR5 2 ⇨ BR5
<b>BR2.</b> LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/ DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8	1 ⇨ BR5
<b>BR3.</b> SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE (nom) ?	Oui .....1 Non.....2	2 ⇨ BR5
<b>BR4.</b> QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON POUR LAQUELLE LA NAISSANCE DE (nom) N'A PAS ETE ENREGISTREE/DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?	Coûte trop cher .....1 C'est trop loin .....2 Ne savait pas qu'elle devait être enregistrée .....3 Ne voulait pas payer d'amende .....4 Ne sait pas où l'enregistrer .....5 Autre ( <i>préciser</i> ) .....6 NSP.....8	
<b>BR5.</b> SELON VOUS, A QUOI SERT UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? <i>Plusieurs réponses sont possibles, enregistrer tout ce qui est mentionné.</i>	Présentation aux examens scolaires..... A Établissement de documents d'identité (carte, passeport, etc.) ..... B Mariage.....C Vote.....D Autre ( <i>préciser</i> ) .....X Ça ne sert à rien/aucune importance.....Y NSP.....Z	

DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		EC
<b>EC1.</b> COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (nom) ?	Aucun.....00 Nombre de livres d'enfant ..... 0 ___ Dix livres ou plus.....10	
<b>EC2.</b> JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (nom) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUÉ AVEC : [A] DES JOUETS FABRIQUÉS A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUÉS A LA MAISON) ? [B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ? [C] DES OBJETS DU MENAGE (COMME DES BASSINES, CASSEROLES) OU DES OBJETS TROUVÉS DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ? <i>Si l'enquêté(e) dit « Oui » à une des catégories ci-dessus, insister pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.</i>	O N NSP Jouets fabriqués à la maison.....1 2 8 Jouets de magasin.....1 2 8 Objets du ménage ou objets du dehors .....1 2 8	
<b>EC3.</b> 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 ? <i>Si « jamais », inscrire « 0 ». Si « ne sait pas », inscrire « 8 ».</i>	Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure..... ___ Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure..... ___	

<b>EC4. Vérifier AG2 : Âge de l'enfant</b> <input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuer avec EC5				
<b>EC5. (Nom) S'IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'VEUIL, DANS UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?</b>	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8	2 ⇒ EC7 8 ⇒ EC7		
<b>EC6. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (nom) A-T-IL/ELLE FREQUENTE CET ENDROIT ?</b>	Nombre d'heures..... __			
<b>EC7. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE 15 ANS OU PLUS, PARTICIPE AVEC (nom) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</b> <i>Si oui, demander :</i> <b>QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (nom) ?</b> <i>Encercler tout ce qui est mentionné.</i> <b>[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (nom) ?</b>  <b>[B] RACONTER DES HISTOIRES A (nom) ?</b>  <b>[C] CHANTER DES CHANSONS A (nom) OU AVEC (nom), Y COMPRIS DES BERCEUSES ?</b>  <b>[D] EMMENER (nom) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ?</b>  <b>[E] JOUER AVEC (nom) ?</b>  <b>[F] NOMMER, COMPTER ET/OU DESSINER DES CHOSES POUR OU AVEC (nom) ?</b>	Mère Père Autre Pers- sone  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			
<b>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 ?</b>	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8			
<b>EC9. EST-CE QUE (nom) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?</b>	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8			
<b>EC10. EST-CE QUE (nom) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10 ?</b>	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8			
<b>EC11. EST-CE QUE (nom) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU ?</b>	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8			
<b>EC12. EST-CE QUE (nom) EST PARFOIS TROP MALADE POUR JOUER ?</b>	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8			
<b>EC13. EST-CE QUE (nom) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS SUR COMMENT FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?</b>	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8			
<b>EC14. QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (nom), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?</b>	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8			

<b>EC15.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8	
<b>EC16.</b> 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	
<b>EC17.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST FACILEMENT DISTRAIT ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8	

**ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE****BD****BD1.** Vérifier AG2 : Âge de l'enfant
 L'enfant a 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec BD2

 L'enfant a 3 ou 4 ans ⇒ Aller au module TRAITEMENT DES MALADIES

<b>BD2.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A ETE ALLAITE ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8	2 ⇒ BD4 8 ⇒ BD4
<b>BD3.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST ENCORE ALLAITE ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8	
<b>BD4.</b> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8	
<b>BD5.</b> HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8	
<b>BD6.</b> HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A PRIS OU CONSOMME DES VITAMINES OU DES SUPPLEMENTS MINERAUX OU N'IMPORTE QUEL MEDICAMENT ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8	
<b>BD7.</b> MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) LIQUIDES QUE ( <i>nom</i> ) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. JE VOUDRAIS SAVOIR SI ( <i>nom</i> ) A REÇU CE LIQUIDE MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES LIQUIDES CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON. EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A BU ( <i>nom de la boisson</i> ) HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT : [A] DE L'EAU SIMPLE ? [B] DU JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS DE FRUITS ? [C] DU BOUILLON CLAIR OU DE LA SOUPE CLAIRE (SOUPE DJI) ? [D] DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ? <i>Si oui</i> : COMBIEN DE FOIS EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A BU DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer « 7 ». Si NSP, enregistrer « 8 ».</i> [E] UNE PREPARATION DE LAIT MATERNISE POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE ? <i>Si oui</i> : COMBIEN DE FOIS EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A BU UNE PREPARATION DE LAIT 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> _____	O N NSP De l'eau .....1 2 8 Jus ou boissons à base de jus.....1 2 8 Bouillon .....1 2 8 Lait .....1 2 8 Nombre de fois lait bu .....__ Lait maternisé pour bébé .....1 2 8 Nombre de fois préparation pour bébé.....__ Autres liquides.....1 2 8	

**BD8.** MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) ALIMENTS QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. À NOUVEAU, JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) 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 (nom) A MANGÉ (nom de l'aliment) 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 (nom) A MANGÉ/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 AVEC DU « ROUILLEMUGU » OU « VITABLE » POUR BEBE, COMME CERELAC, BLEDINA (NURSIE, BLEDINE, BLEDILAIT) ?	Cérélac .....1	2	8
[C] DU PAIN, RIZ, MAÏS, MIL, SORGHU, PATES, PORRIDGE, COUSCOUS, MISOLA, PPN OU AUTRES ALIMENTS A BASE DE GRAINS/CEREALES COMME LA BOUILLIE ENRICHIE (A BASE DE FARINE, DE MIL, DE MAÏS, DE SORGHU OU AUTRES CEREALES) ?	Aliments faits à base de grains ?.....1	2	8
[D] COURGES, CAROTTES, CITROUILLES, PATATES DOUCES QUI SONT JAUNES OU ORANGES A L'INTERIEUR ?	Courge, carotte, citrouille, etc.....1	2	8
[E] DES POMMES DE TERRE, DES IGNAME, DU MANIOC OU TOUT AUTRE ALIMENT FAIT AVEC DES TUBERCULES ?	P. de terres, 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 mûres.....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, ARACHIDES 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 MOUS QUE JE N'AI PAS MENTIONNES ?	Autres aliments solides, semi-solides ou mous .....1	2	8
Préciser _____			

**BD9.** Vérifier BD8 (catégories "A" jusqu'à "O") :

Au moins un "Oui" ou toutes "NSP" ⇒ Aller à BD11

Sinon ⇒ Continuer avec BD10

**BD10.** Insister pour déterminer si l'enfant a mangé des aliments solides, semi-solides ou mous hier, pendant le jour ou la nuit.

L'enfant n'a rien mangé ou la répondante ne sait pas ⇒ Aller au module suivant

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 MANGÉ DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES OU MOUS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?

*Si 7 fois ou plus, enregistrer « 7 ».*

Nombre de fois.....\_\_  
NSP.....8

## 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-IM17 ne seront posées que si un carnet/carte n'est pas disponible.

<b>IM1. AVEZ-VOUS UN CARNET/CARTE OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTRÉES ?</b> (Si oui) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?		Oui, vu.....1	1 ⇒ IM3
		Oui, non vu .....2	2 ⇒ IM6
		Pas de carnet.....3	
<b>IM2. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN CARNET/CARTE DE VACCINATION POUR (nom) ?</b>		Oui.....1	1 ⇒ IM6
		Non.....2	2 ⇒ IM6
<b>IM3.</b> (a) Copier les dates de chaque vaccin de la carte. (b) Écrire '44' dans la colonne "jour" si la carte montre qu'un vaccin a été fait mais la date n'est pas donnée.		Date de la vaccination	
		Jour	Mois
		Année	
BCC	BCC		
POLIO A LA NAISSANCE	OPV0		
POLIO 1	OPV1		
POLIO 2	OPV2		
POLIO 3	OPV3		
PENTA 1	PENTA 1		
PENTA 2	PENTA 2		
PENTA 3	PENTA 3		
PCV13 1	PCV13 1		
PCV13 2	PCV13 2		
PCV13 3	PCV13 3		
ROTATEQ 1	ROTATEQ 1		
ROTATEQ 2	ROTATEQ 2		
ROTATEQ 3	ROTATEQ 3		
ROUGEOLE (ROR)	ROUG.		
FIÈVRE JAUNE	FJ		
VITAMINE A (PREMIÈRE DOSE)	VITA1		
VITAMINE A (DEUXIÈME DOSE)	VITA2		
<b>IM4. Vérifier IM3. Est-ce que tous les vaccins (de BCG à fièvre jaune) sont enregistrés ?</b> <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à IM19 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec IM5			
<b>IM5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRÉ SUR CE CARNET, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS - Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNÉES DE VACCINATIONS ?</b> <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 IM19 <input type="checkbox"/> Non/NSP ⇒ Aller à IM19			
<b>IM6. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU DES VACCINS POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DES JOURNÉES DE VACCINATIONS ?</b>		Oui.....1	
		Non.....2	2 ⇒ IM19
		NSP.....8	8 ⇒ IM19

<b>IM7.</b> 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'ÉPAULE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
<b>IM8.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE LA POLIO ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2 ⇒ IM11A 8 ⇒ IM11A
<b>IM9.</b> EST-CE QUE LA PREMIÈRE DOSE CONTRE LA POLIO A ÉTÉ DONNÉE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE ?	Oui.....1 Non.....2	
<b>IM10.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois.....__	
<b>IM11A.</b> 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 ÉVITER DE CONTRACTER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTÉRIE, L'HEPATITE B, LE <i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i> DE TYPE B ? <i>Insister en précisant que le vaccin du PENTA est parfois donné en même temps que la polio.</i>	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2 ⇒ IM12B 8 ⇒ IM12B
<b>IM12A.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DU PENTA A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois.....__	
<b>IM12B.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU « UN VACCIN PCV13 » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE DROITE POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA PNEUMONIE OU LA MENINGITE A PNEUMOCOQUE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2 ⇒ IM12D 8 ⇒ IM12D
<b>IM12C.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DU PCV13 A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois.....__	
<b>IM12D.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU UN VACCIN ROTATEQ - C'EST-A-DIRE UNE DOSE DE LIQUIDE A BOIRE POUR LUI ÉVITER D'AVOIR LA DIARRHÉE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2 ⇒ IM16 8 ⇒ IM16
<b>IM12E.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN ROTATEQ A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois.....__	
<b>IM16.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE (OU ROR), C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS, POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
<b>IM17.</b> 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'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI ÉVITER 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>	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
<b>IM19.</b> DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI ( <i>nom</i> ) A PARTICIPE A L'UNE DES CAMPAGNES OU JOURNÉES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU A L'UNE DES JOURNÉES DE VITAMINE A SUIVANTES OU A L'UNE DES JOURNÉES DE LA SANTÉ DE L'ENFANT SUIVANTES :		
[A] JNV 2012 (MARS/AVRIL, 1 <sup>ER</sup> PASSAGE (POLIO) ; MAI, 2 <sup>E</sup> PASSAGE (POLIO))	[A] JNV 2012.....1 2 8	O N NSP
[B] JNV 2013 (AVRIL, 1 <sup>ER</sup> PASSAGE (POLIO) ; MAI, 2 <sup>E</sup> PASSAGE (POLIO/SIAN) ; OCTOBRE, 3 <sup>E</sup> PASSAGE (POLIO/SIAN) ET NOVEMBRE, 4 <sup>E</sup> PASSAGE (POLIO))	[B] JNV 2013.....1 2 8	
[C] JNV 2014 (MAI POUR LE 1 <sup>ER</sup> PASSAGE (POLIO) ; JUIN, 2 <sup>E</sup> PASSAGE (POLIO/SIAN) ; SEPTEMBRE, 3 <sup>E</sup> PASSAGE (POLIO))	[C] JNV 2014.....1 2 8	
[D] JLV 2015 (FÉVRIER, POLIO/SIAN (SEMAINE D'INTENSIFICATION DES ACTIVITÉS DE NUTRITION))	[D] JLV 2015.....1 2 8	
[E] ROUGEOLE 2015 (MARS)	[E] ROUGEOLE 2015.....1 2 8	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA												
<b>CA1.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A EU LA DIARRHÉE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8	2 ⇒ CA6A 8 ⇒ CA6A												
<b>CA2.</b> JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITÉ DE LIQUIDES A ÉTÉ DONNÉE A ( <i>nom</i> ) DURANT SA DIARRHÉE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). PENDANT QUE ( <i>nom</i> ) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE REÇU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 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													
<b>CA3.</b> PENDANT QUE ( <i>nom</i> ) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE REÇU A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGÉ ? <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													
<b>CA3A.</b> AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT CONTRE LA DIARRHÉE ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8	2 ⇒ CA4 8 ⇒ CA4												
<b>CA3B.</b> OU AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ? <i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ? <i>Encercler tous les endroits mentionnés, mais ne PAS suggérer de réponse.</i> <i>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</i> <i>S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i>  ----- (Nom de l'endroit)	Secteur public Hôpital gouvernemental .....A Centre de santé de référence (CSRef).....B Centre de santé communautaire (CSCOM).....C Agent de santé communautaire/relais .....D Autre médical public ( <i>préciser</i> ) .....H Secteur médical privé Hôpital/clinique privé(e).....I Médecin privé.....J Pharmacie privée .....K Clinique mobile .....L Autre médical privé ( <i>préciser</i> ) .....O Autre source Parent(e)/ami(e).....P Boutique.....Q Praticien traditionnel.....R Autre ( <i>préciser</i> ) .....X													
<b>CA4.</b> AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ A BOIRE A ( <i>nom</i> ) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS: [A] UN LIQUIDE PRÉPARÉ À PARTIR D'UN SACHET SPÉCIAL APPELÉ KENEYADJI (SACHET DE SOLUTION SRO) ? [B] FLUIDE À BASE DE « ORASEL-ZINC » ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">N</td> <td style="text-align: center;">NSP</td> </tr> <tr> <td>Keneyadji en sachet spécial (sachet de solution SRO).....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Fluide Orasel-Zinc.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </table>		O	N	NSP	Keneyadji en sachet spécial (sachet de solution SRO).....1	2	8	8	Fluide Orasel-Zinc.....1	2	8	8	
	O	N	NSP											
Keneyadji en sachet spécial (sachet de solution SRO).....1	2	8	8											
Fluide Orasel-Zinc.....1	2	8	8											
<b>CA4A.</b> Vérifier CA4 : SRO et Orasel-Zinc <input type="checkbox"/> SRO et/ou Orasel-Zinc a été donné à l'enfant (« oui » encerclé à A ou B dans CA4) ⇒ Continuer avec CA4B <input type="checkbox"/> SRO ou Orasel-Zinc n'a pas été donné à l'enfant ⇒ Aller à CA4C														

<p><b>CA4B. OU AVEZ-VOUS EU LE SRO ?</b></p> <p><i>Insister pour identifier le type d'endroit. S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit</i></p> <p>----- (Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital gouvernemental..... 11</p> <p>Centre de santé de référence (CSRef)..... 12</p> <p>Centre de santé communautaire (CSCOM).. 13</p> <p>Agent de santé communautaire/relais..... 14</p> <p>Autre médical public (<i>préciser</i>)..... 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé(e)..... 21</p> <p>Médecin privé..... 22</p> <p>Pharmacie privée..... 23</p> <p>Clinique mobile..... 24</p> <p>Autre médical privé (<i>préciser</i>)..... 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent(e)/ami(e)..... 31</p> <p>Boutique..... 32</p> <p>Praticien traditionnel..... 33</p> <p>En avait déjà à la maison..... 40</p> <p>Autre (<i>préciser</i>)..... 96</p>													
<p><b>CA4B1. Vérifier CA4 [B] : Fluide Orasel-Zinc ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Orasel-Zinc a été donné à l'enfant (« oui » encerclé à B dans CA4) ⇒ Aller à CA4E</p> <p><input type="checkbox"/> Orasel-Zinc n'a pas été donné à l'enfant ⇒ Continuer avec CA4C</p>														
<p><b>CA4C. DURANT LE TEMPS OU (nom) A EU LA DIARRHEE, LUI A-T-ON DONNE :</b></p> <p>[A] DES COMPRIMES DE ZINC ?</p> <p>[B] DU SIROP DE ZINC ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Comprimés de zinc.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Sirop de zinc.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	NSP	Comprimés de zinc.....	1	2	8	Sirop de zinc.....	1	2	8	
	O	N	NSP											
Comprimés de zinc.....	1	2	8											
Sirop de zinc.....	1	2	8											
<p><b>CA4D. Vérifier CA4C : A eu du zinc ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant a eu du Zinc (« Oui » encerclé à [A] ou [B] dans CA4C) ⇒ Continuer avec CA4E</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de zinc ⇒ Aller à CA4F</p>														
<p><b>CA4E. OU AVEZ-VOUS EU LE ZINC ?</b></p> <p><i>Insister pour identifier le type d'endroit. S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>----- (Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital du gouvernement..... 11</p> <p>Centre de santé de référence (CSRef)..... 12</p> <p>Centre de santé communautaire (CSCOM).. 13</p> <p>Agent de santé communautaire/relais..... 14</p> <p>Autre médical public (<i>préciser</i>)..... 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé(e)..... 21</p> <p>Médecin privé..... 22</p> <p>Pharmacie privée..... 23</p> <p>Clinique mobile..... 24</p> <p>Autre médical privé (<i>préciser</i>)..... 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent(e)/ami(e)..... 31</p> <p>Boutique..... 32</p> <p>Praticien traditionnel..... 33</p> <p>En avait déjà à la maison..... 40</p> <p>Autre (<i>préciser</i>)..... 96</p>													
<p><b>CA4F. AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (nom) LE PRODUIT SUIVANT :</b></p> <p><i>Lire à haute voix le nom du produit et enregistrer la réponse.</i></p> <p>[A] KENEYADJI FAIT A LA MAISON A BASE D'EAU, DE SUCRE ET DE SEL ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keneyadji fabriqué maison.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	NSP	Keneyadji fabriqué maison.....	1	2	8					
	O	N	NSP											
Keneyadji fabriqué maison.....	1	2	8											
<p><b>CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ETE DONNE POUR TRAITER LA DIARRHEE ?</b></p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2 ⇒ CA6A</p> <p>8 ⇒ CA6A</p>												

<p><b>CA6. QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHÉE?</b>  <i>Insister :</i>                  RIEN D'AUTRE ?                  Enregistrer tous les traitements donnés. Inscrive le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</p> <p>-----                  (Nom des médicaments)</p>	Comprimé ou sirop Antibiotique ..... A Antimotilité ..... B Autre (pas antibiotique, antimotilité) ..... C Comprimé ou sirop inconnu ..... H Injection Antibiotique ..... L Non-antibiotique ..... M Injection inconnue ..... N Intraveineuse ..... O Remède maison/herbes médicinales ..... Q Autre ( <i>préciser</i> ) ..... X	
<p><b>CA6A. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (nom) A EU DE LA FIEVRE A N'IMPORTE QUEL MOMENT ?</b></p>	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2 ⇒ CA7 8 ⇒ CA7
<p><b>CA6B. 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 ?</b></p>	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<p><b>CA7. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (nom) A ETE MALADE AVEC DE LA TOUX ?</b></p>	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2 ⇒ CA9A 8 ⇒ CA9A
<p><b>CA8. QUAND (nom) ETAIT MALADE 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 ?</b></p>	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2 ⇒ CA10 8 ⇒ CA10
<p><b>CA9. LA RESPIRATION RAPIDE OU LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?</b></p>	Problème de bronches seulement ..... 1 Nez bouché ou qui coulait seulement ..... 2 Les deux ..... 3 Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 6 NSP ..... 8	1 ⇒ CA10 2 ⇒ CA10 3 ⇒ CA10 6 ⇒ CA10 8 ⇒ CA10
<p><b>CA9A. Vérifier CA6A : A eu de la fièvre ?</b>  <input type="checkbox"/> L'enfant a eu de la fièvre ⇒ Continuer avec CA10  <input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de fièvre ⇒ Aller à CA14</p>		
<p><b>CA10. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?</b></p>	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2 ⇒ CA12 8 ⇒ CA12
<p><b>CA11. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</b>  <i>Insister :</i>                  NULLE PART AILLEURS ?                  Encercler tous les endroits mentionnés, mais ne pas suggérer de réponse.                  Insister pour identifier chaque type d'endroit.                  S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>-----                  (Nom de l'endroit)</p>	Secteur public Hôpital gouvernemental ..... A Centre de santé de référence (CSRef) ..... B Centre de santé communautaire (CSCOM) ..... C Agent de santé communautaire/relais ..... D Autre médical public ( <i>préciser</i> ) ..... H Secteur médical privé Hôpital/clinique privé(e) ..... I Médecin privé/cabinet privé ..... J Pharmacie privée ..... K Clinique mobile ..... L Autre médical privé ( <i>préciser</i> ) ..... O Autre source Parent(e)/ami(e) ..... P Boutique/vendeur ambulancier ..... Q Praticien traditionnel ..... R Autre ( <i>préciser</i> ) ..... X	
<p><b>CA12. À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT LA MALADIE, EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</b></p>	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2 ⇒ CA14 8 ⇒ CA14

<p><b>CA13. QUEL(S) MEDICAMENT(S) A-T-ON DONNE A (nom) ?</b>  <i>Insister :</i>  AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?  <i>Encercler tous les médicaments donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>-----  (Nom des médicaments)</p>	<p>Anti-paludéens :</p> <p>SP/Fansidar.....A  Chloroquine.....B  Amodiaquine.....C  Quinine.....D  Maloxine.....E  Combinaison avec artémisinine (CTA).....F  Autre anti-paludéen (<i>préciser</i>).....H</p> <p>Antibiotiques :</p> <p>Comprimés/sirop.....I  Injection.....J</p> <p>Autres médicaments :</p> <p>Paracétamol/Panadol/Acétaminophène...P  Aspirine.....Q  Ibuprofène.....R  Donné plantes médicinales.....U  Autre (<i>préciser</i>).....X  NSP.....Z</p>	
<p><b>CA13A. Vérifier CA13 : Antibiotique mentionné (code I ou J) ?</b>  <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec CA13B  <input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à CA13C</p>		
<p><b>CA13B. OU AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13)?</b>  <i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i>  <i>S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>-----  (Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital gouvernemental..... 11  Centre de santé de référence (CSRef)..... 12  Centre de santé communautaire (CSCOM).. 13  Agent de santé communautaire/relais..... 14  Autre médical public (<i>préciser</i>)..... 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé(e)..... 21  Médecin privé..... 22  Pharmacie privée..... 23  Clinique mobile..... 24  Autre médical privé (<i>préciser</i>)..... 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent(e)/ami(e)..... 31  Boutique/vendeur ambulancier..... 32  Praticien traditionnel..... 33  En avait déjà à la maison..... 40  Autre (<i>préciser</i>)..... 96</p>	
<p><b>CA13C. Vérifier CA13 : Antipaludéens mentionnés (codes A à H) ?</b>  <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec CA13D  <input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à CA14</p>		
<p><b>CA13D. OU AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13)?</b>  <i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i>  <i>S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>-----  (Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital du gouvernement..... 11  Centre de santé de référence (CSRef)..... 12  Centre de santé communautaire (CSCOM).. 13  Agent de santé communautaire/relais..... 14  Autre médical public (<i>préciser</i>)..... 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé(e)..... 21  Médecin privé..... 22  Pharmacie privée..... 23  Clinique mobile..... 24  Autre médical privé (<i>préciser</i>)..... 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent(e)/ami(e)..... 31  Boutique/vendeur ambulancier..... 32  Praticien traditionnel..... 33  En avait déjà à la maison..... 40  Autre (<i>préciser</i>)..... 96</p>	
<p><b>CA13E. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE A COMMENCE, (nom) A-T-IL/ELLE PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (nom de l'antipaludéen déclaré à CA13)?</b>  <i>Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à CA13, donner le nom de tous les antipaludéens mentionnés.</i></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>	

**CA14.** Vérifier AG2 : Âge de l'enfant :  
 Enfant âgé de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec CA15  
 Enfant âgé de 3 ou 4 ans ⇒ Aller à UF13

<b>CA15.</b> LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS ?	Enfant a utilisé toilettes/latrines.....01	
	Jeté/rincé dans toilettes ou latrines.....02	
	Jeté/rincé dans égout ou rigole.....03	
	Jeté aux ordures (déchets solides).....04	
	Enterré.....05	
	Laissé à l'air libre.....06	
	Autre (préciser).....96	
NSP.....98		

<b>UF13.</b> Enregistrer l'heure.	Heure et minutes..... : ..	
-----------------------------------	----------------------------	--

**UF14.** VERIFIER LA LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, COLONNES HL7B ET HL15  
 EST-CE QUE L'ENQUETE(E) EST LA MERE OU LE/LA GARDIEN(NE) D'UN AUTRE ENFANT AGE DE 0-4 ANS VIVANT DANS CE MENAGE ?  
 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, homme ou un autre enfant de moins de 5 ans à qui il faut administrer un questionnaire dans ce ménage.

**ANTHROPOMÉTRIE** **AN**

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.

<b>AN1.</b> Nom et code du technicien :	Nom.....	
<b>AN1A.</b> Sexe de l'enfant	Garçon.....1	
	Fille.....2	
<b>AN2.</b> Résultat des mesures de la taille en position debout/allongée et du poids	Une ou les deux mesures.....1	
	Enfant non présent.....2	2 ⇒ AN6
	Enfant ou gardienne a refusé.....3	3 ⇒ AN6
	Autre (préciser).....6	6 ⇒ AN6
<b>AN3.</b> Poids de l'enfant :	Kilogrammes (kg).....	
	Poids non mesuré.....99.9	

**AN3A.** Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum ?  
 Oui  
 Non, l'enfant n'a pas pu être déshabillé jusqu'au minimum

**AN3B.** Vérifier l'âge de l'enfant à AG2 :  
 L'enfant a moins de 2 ans ⇒ Mesurer la grandeur (l'enfant doit être couché)  
 L'enfant a 2 ans ou plus ⇒ Mesurer la taille (l'enfant doit être debout)

<b>AN4.</b> Grandeur ou taille de l'enfant :	Grandeur/Taille (cm).....	
	Grandeur/Taille pas mesurée.....999.9	⇒ AN6

<b>AN4A.</b> 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'enquêteur/enquêtrice

Observations du chef d'équipe

Observations du mesureur

## QUESTIONNAIRE POUR ENFANT MOINS DE 5 ANS

Mali

ANTHROPOMÉTRIE	AN
Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir liste des membres du ménage, colonne HL15) 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.	
<b>UF1.</b> Numéro de grappe : _____	<b>UF2.</b> Numéro de ménage : _____
<b>UF3.</b> Nom de l'enfant : Nom _____	<b>UF4.</b> Numéro de ligne de l'enfant : _____
<b>UF5.</b> Nom de la mère/gardiennne : Nom _____	<b>UF6.</b> Numéro de ligne de la mère/gardiennne : _____
<b>UF7.</b> Nom et code du mesureur : Nom _____	<b>UF8.</b> Jour/mois/année de la prise des mesures : _____ / _____ / 2015

**Observations du mesureur**  
(à remplir après les mesures)