

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.

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 : ____/____/ 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

UF9. 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 (*préciser*).....96

UF12. Enregistrer l'heure.

Heure et minutes ____ : ____

ÂGE

AG

AG1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE DEVELOPPEMENT ET LA SANTE DE (*nom*). QUEL JOUR, QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (*nom*) EST-IL/ELLE NE(E) ?

Insister :

QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?

Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; sinon, encercler « 98 » pour jour.

Le mois et l'année doivent être enregistrés.

Date de naissance :

Jour.....98

Mois.....

Année.....20

AG2. QUEL AGE A (*nom*) ?

*Insister : QUEL AGE A EU (*nom*) 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.

Âge (en années révolues).....

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
BR1. (Nom) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? <i>Si oui, demander :</i> PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu 1 Oui, non vu 2 Non 3 NSP 8	1 ⇒ BR5 2 ⇒ BR5
BR2. LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1 ⇒ BR5
BR3. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE (nom) ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ BR5
BR4. 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 (préciser) 6 NSP 8	
BR5. 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 (préciser) X Ça ne sert à rien/aucune importance Y NSP Z	

DÉVELOPPEMENT 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 0 Dix livres ou plus 10																	
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] DES OBJETS DU MENAGE (COMME DES BASSINES, CASSEROLES) OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ? <i>Si l'enquête(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>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jouets fabriqués à la maison 1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Jouets de magasin 1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Objets du ménage ou objets du dehors 1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		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		
	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																
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 ? <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																	

EC4. Vérifier AG2 : Âge de l'enfant <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																																					
EC5. (Nom) S'IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'EVEIL, DANS UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8	2 ⇒ EC7 8 ⇒ EC7																																			
EC6. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (nom) A-T-IL/ELLE FREQUENTE CET ENDROIT ?	Nombre d'heures..... __																																				
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 : <i>Si oui, demander :</i> QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (nom) ? <i>Encercler tout ce qui est mentionné.</i> [A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (nom) ? [B] RACONTER DES HISTOIRES 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] NOMMER, COMPTER ET/OU DESSINER DES CHOSES POUR OU AVEC (nom) ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mère</th> <th>Père</th> <th>Autre</th> <th>Pers- sone</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lire des livres</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Raconter des histoires</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Chanter des chansons</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Promener</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Jouer</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Nommer/ compter</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Mère	Père	Autre	Pers- 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	
	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																																	
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 ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8																																				
EC9. EST-CE QUE (nom) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8																																				
EC10. EST-CE QUE (nom) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10 ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8																																				
EC11. EST-CE QUE (nom) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8																																				
EC12. EST-CE QUE (nom) EST PARFOIS TROP MALADE POUR JOUER ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8																																				
EC13. EST-CE QUE (nom) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS SUR COMMENT FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8																																				
EC14. QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (nom), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8																																				

EC15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui1 Non2 NSP8	
EC16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?	Oui1 Non2 NSP8	
EC17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST FACILEMENT DISTRAIT ?	Oui1 Non2 NSP8	

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

BD2. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A ETE ALLAITE ?	Oui1 Non2 NSP8	2 ⇒ BD4 8 ⇒ BD4
BD3. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST ENCORE ALLAITE ?	Oui1 Non2 NSP8	
BD4. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON ?	Oui1 Non2 NSP8	
BD5. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) ?	Oui1 Non2 NSP8	
BD6. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS OU CONSOMME DES VITAMINES OU DES SUPPLÉMENTS MINÉRAUX OU N'IMPORTE QUEL MÉDICAMENT ?	Oui1 Non2 NSP8	
BD7. 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 CONSOMMÉS 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 ? Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ? Si 7 fois ou plus, enregistrer « 7 ». Si NSP, enregistrer « 8 ». [E] UNE PRÉPARATION DE LAIT MATERNISÉ POUR BÉBÉ VENDUE EN COMMERCE ? Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU UNE PRÉPARATION DE LAIT MATERNISÉ POUR BÉBÉ ? Si 7 fois ou plus, enregistrer « 7 ». Si NSP, enregistrer « 8 ». [F] N'IMPORTE QUELS AUTRES LIQUIDES ? Préciser	<div>O N NSP</div> De l'eau1 2 8 Jus ou boissons à base de jus1 2 8 Bouillon1 2 8 Lait1 2 8 Nombre de fois lait bu Lait maternisé pour bébé1 2 8 Nombre de fois préparation pour bébé Autres liquides1 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
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 ».	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) ?	Cérélac1	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 ENRICHEE (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 foncé1	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 abats1	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 ?	Œufs1	2	8
[L] DU POISSON FRAIS OU SECHE OU DES FRUITS DE MER ?	Poisson frais ou séché1	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 mous1	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.

IM1. AVEZ-VOUS UN CARNET/CARTE OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTREES ? (Si oui) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?		Oui, vu.....1	1 ⇒ IM3
		Oui, non vu2	2 ⇒ IM6
		Pas de carnet.....3	
IM2. AVEZ-VOUS DEJA EU UN CARNET/CARTE DE VACCINATION POUR (nom) ?		Oui.....1	1 ⇒ IM6
		Non.....2	2 ⇒ IM6
IM3. (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	
BCG	BCG		
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		
IM4. Vérifier IM3. Est-ce que tous les vaccins (de BCG à fièvre jaune) sont enregistrés ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à IM19 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer 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 ? <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			
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 DES JOURNEES DE VACCINATIONS ?		Oui.....1	2 ⇒ IM19
		Non.....2	8 ⇒ IM19
		NSP.....8	

IM7. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DÉJÀ 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 ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8	
IM8. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DÉJÀ REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE LA POLIO ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8	2 ⇒ IM11A 8 ⇒ IM11A
IM9. EST-CE QUE LA PREMIÈRE DOSE CONTRE LA POLIO A ÉTÉ DONNÉE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE ?	Oui1 Non.....2	
IM10. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois.....__	
IM11A. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DÉJÀ REÇU « UN VACCIN PENTA » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION À LA CUISSE OU À LA FESSE – POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTÉRIE, L'HÉPATITE 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>	Oui1 Non.....2 NSP.....8	2 ⇒ IM12B 8 ⇒ IM12B
IM12A. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DU PENTA A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois.....__	
IM12B. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DÉJÀ REÇU « UN VACCIN PCV13 » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION À LA CUISSE DROITE POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA PNEUMONIE OU LA MÉNINGITE À PNEUMOCOQUE ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8	2 ⇒ IM12D 8 ⇒ IM12D
IM12C. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DU PCV13 A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois.....__	
IM12D. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DÉJÀ REÇU UN VACCIN ROTATEQ – C'EST-A-DIRE UNE DOSE DE LIQUIDE À BOIRE POUR LUI ÉVITER D'AVOIR LA DIARRHÉE ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8	2 ⇒ IM16 8 ⇒ IM16
IM12E. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN ROTATEQ A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois.....__	
IM16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DÉJÀ REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE (OU ROR), C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS, POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8	
IM17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DÉJÀ REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS – POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA FIÈVRE JAUNE ? <i>Insister en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.</i>	Oui1 Non.....2 NSP.....8	
IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (<i>nom</i>) A PARTICIPE 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] JNV 2012 (MARS/AVRIL, 1 ^{ER} PASSAGE (POLIO) ; MAI, 2 ^E PASSAGE (POLIO))	[A] JNV 20121 2 8	
[B] JNV 2013 (AVRIL, 1 ^{ER} PASSAGE (POLIO) ; MAI, 2 ^E PASSAGE (POLIO/SIAN) ; OCTOBRE, 3 ^E PASSAGE (POLIO/SIAN) ET NOVEMBRE, 4 ^E PASSAGE (POLIO))	[B] JNV 20131 2 8	
[C] JNV 2014 (MAI POUR LE 1 ^{ER} PASSAGE (POLIO) ; JUIN, 2 ^E PASSAGE (POLIO/SIAN) ; SEPTEMBRE, 3 ^E PASSAGE (POLIO))	[C] JNV 20141 2 8	
[D] JLV 2015 (FÉVRIER, POLIO/SIAN (SEMAINE D'INTENSIFICATION DES ACTIVITÉS DE NUTRITION))	[D] JLV 20151 2 8	
[E] ROUGEOLE 2015 (MARS)	[E] ROUGEOLE 20151 2 8	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
CA1. 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
CA2. 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	
CA3. 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	
CA3A. AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT CONTRE LA DIARRHÉE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 ⇒ CA4 8 ⇒ CA4
CA3B. 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	
CA4. 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 » ?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">O N NSP</div> Keneyadji en sachet spécial (sachet de solution SRO) 1 2 8 Fluide Orasel-Zinc 1 2 8	
CA4A. 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>CA4B. OU AVEZ-VOUS EU LE SRO ?</p> <p><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>	Secteur public 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 Secteur médical privé Hôpital/clinique privé(e)..... 21 Médecin privé..... 22 Pharmacie privée..... 23 Clinique mobile..... 24 Autre médical privé (<i>préciser</i>)..... 26 Autre source Parent(e)/ami(e)..... 31 Boutique..... 32 Praticien traditionnel..... 33 En avait déjà à la maison..... 40 Autre (<i>préciser</i>)..... 96													
<p>CA4B1. Vérifier CA4 [B] : Fluide Orasel-Zinc ? <input type="checkbox"/> Orasel-Zinc a été donné à l'enfant (« oui » encadré à B dans CA4) ⇒ Aller à CA4E <input type="checkbox"/> Orasel-Zinc n'a pas été donné à l'enfant ⇒ Continuer avec CA4C</p>														
<p>CA4C. DURANT LE TEMPS OU (nom) A EU LA DIARRHÉE, LUI A-T-ON DONNÉ : [A] DES COMPRIMÉS DE ZINC ? [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>CA4D. Vérifier CA4C : A eu du zinc ? <input type="checkbox"/> L'enfant a eu du Zinc (« Oui » encadré à [A] ou [B] dans CA4C) ⇒ Continuer avec CA4E <input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de zinc ⇒ Aller à CA4F</p>														
<p>CA4E. OU AVEZ-VOUS EU LE ZINC ?</p> <p><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>	Secteur public 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 Secteur médical privé Hôpital/clinique privé(e)..... 21 Médecin privé..... 22 Pharmacie privée..... 23 Clinique mobile..... 24 Autre médical privé (<i>préciser</i>)..... 26 Autre source Parent(e)/ami(e)..... 31 Boutique..... 32 Praticien traditionnel..... 33 En avait déjà à la maison..... 40 Autre (<i>préciser</i>)..... 96													
<p>CA4F. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE À (nom) LE PRODUIT SUIVANT : <i>Lire à haute voix le nom du produit et enregistrer la réponse.</i> [A] KENEYADJI FAIT À LA MAISON À 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>CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ÉTÉ DONNÉ POUR TRAITER LA DIARRHÉE ?</p>	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ⇒ CA6A 8 ⇒ CA6A												

CA6. QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHÉE? <i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ? <i>Enregistrer tous les traitements donnés. Inscrive le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i> <hr/> (Nom des médicaments)	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	
CA6A. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (nom) A EU DE LA FIEVRE A N'IMPORTE QUEL MOMENT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 ⇒ CA7 8 ⇒ CA7
CA6B. À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA MALADIE, EST-CE QUE (nom) A EU DU SANG PRELEVÉ AU BOUT DE SON DOIGT OU AU TALON POUR EFFECTUER UN TEST ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
CA7. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (nom) A ÉTÉ MALADE AVEC DE LA TOUX ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 ⇒ CA9A 8 ⇒ CA9A
CA8. QUAND (nom) ÉTAIT 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 DIFFICULTÉS POUR RESPIRER ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 ⇒ CA10 8 ⇒ CA10
CA9. LA RESPIRATION RAPIDE OU LES DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES ÉTAIENT-ELLES DUES À UN PROBLÈME DE BRONCHES OU À UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?	Problème de bronches seulement 1 Nez bouché ou qui coulait seulement 2 Les deux 3 Autre (<i>préciser</i>) 6 NSP 8	1 ⇒ CA10 2 ⇒ CA10 3 ⇒ CA10 6 ⇒ CA10 8 ⇒ CA10
CA9A. Vérifier CA6A : A eu de la fièvre ? <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		
CA10. AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 ⇒ CA12 8 ⇒ CA12
CA11. 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> <hr/> (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/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 ambulant Q Praticien traditionnel R Autre (<i>préciser</i>) X	
CA12. À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT LA MALADIE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À (nom) UN MÉDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 ⇒ CA14 8 ⇒ CA14

<p>CA13. QUEL(S) MEDICAMENT(S) A-T-ON DONNE A (nom) ? <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 : 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 : Comprimés/sirop.....I Injection.....J</p> <p>Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/Acétaminophène...P Aspirine.....Q Ibuprofène.....R Donné plantes médicinales.....U Autre (<i>préciser</i>).....X NSP.....Z</p>	
<p>CA13A. Vérifier CA13 : Antibiotique mentionné (code I ou J) ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec CA13B <input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à CA13C</p>		
<p>CA13B. OU AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13)? <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 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 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 Parent(e)/ami(e)..... 31 Boutique/vendeur ambulant..... 32 Praticien traditionnel..... 33 En avait déjà à la maison..... 40 Autre (<i>préciser</i>)..... 96</p>	
<p>CA13C. Vérifier CA13 : Antipaludéens mentionnés (codes A à H) ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec CA13D <input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à CA14</p>		
<p>CA13D. OU AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13)? <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 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 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 Parent(e)/ami(e)..... 31 Boutique/vendeur ambulant..... 32 Praticien traditionnel..... 33 En avait déjà à la maison..... 40 Autre (<i>préciser</i>)..... 96</p>	
<p>CA13E. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE A COMMENCE, (nom) A-T-IL/ELLE PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (nom de l'antipaludéen déclaré à CA13)? <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 : <input type="checkbox"/> Enfant âgé de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec CA15 <input type="checkbox"/> Enfant âgé de 3 ou 4 ans ⇒ Aller à UF13		
CA15. LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLÉ DEFÉQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DÉBARRASSER 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 Laissé à l'air libre.....06 Autre (préciser)96 NSP98	
UF13. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes..... : ____ : ____	
UF14. VÉRIFIER LA LISTE DES MEMBRES DU MÉNAGE, COLONNES HL7B ET HL15 EST-CE QUE L'ENQUÊTE(E) EST LA MÈRE OU LE/LA GARDIEN(NE) D'UN AUTRE ENFANT ÂGE DE 0-4 ANS VIVANT DANS CE MÉNAGE ? <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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.

AN1. Nom et code du technicien :	Nom	
AN1A. Sexe de l'enfant	Garçon1 Fille2	
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 (préciser)6	2 ⇒ AN6 3 ⇒ AN6 6 ⇒ AN6
AN3. Poids de l'enfant :	Kilogrammes (kg) Poids non mesuré99.9	
AN3A. Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'a pas pu être déshabillé jusqu'au minimum		
AN3B. Vérifier l'âge de l'enfant à AG2 : <input type="checkbox"/> L'enfant a moins de 2 ans ⇒ Mesurer la grandeur (l'enfant doit être couché) <input type="checkbox"/> L'enfant a 2 ans ou plus ⇒ Mesurer la taille (l'enfant doit être debout)		
AN4. Grandeur ou taille de l'enfant :	Grandeur/Taille (cm) Grandeur/Taille pas mesurée999.9	⇒ AN6
AN4A. Est-ce que l'enfant a été mesuré couché ou debout ?	Couché1 Debout2	

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.		
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 du mesureur : Nom _____	UF8. Jour/mois/année de la prise des mesures : _____ / _____ / 2015	

Observations du mesureur
(à remplir après les mesures)