



ONS



QUESTIONNAIRE ENFANT

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

Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou les gardiennes (voir la colonne HL8 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir la colonne HL5 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible.

Inscrire les numéros de grappe et de ménage, et le noms et numéros de ligne de l'enfant et de la mère/gardienne dans l'espace ci-dessous. Inscrire votre nom, votre numéro de code et la date.

UF 1. Wilaya :/___/___/ UF2. Moughataa: /___/

UF3. Commune..... /___/___/ Localité :

UF4. N° Grappe _____ UF5. N° de ménage : _____

UF6. Nom de l'enfant : UF7. N° de ligne de l'enfant : _____

UF8. Nom de la mère/gardienne: _____

UF9. N° de ligne de mère/gardienne : _____

UF10. Nom et N° de code de l'enquêtrice : _____

UF11. Jour/Mois/Année de l'interview : _____ / _____ / _____

UF12. Résultat de l'interview des enfants de moins de 5 ans (Les codes font référence à la mère/gardienne).	Rempli.....1 Pas à la maison.....2 Refusé.....3 Rempli partiellement4 Incapacité.....5 Autre (à préciser) :.....6
--	--

Présenter vos salutations à l'enquêtée, si vous ne l'avez pas déjà fait :

NOUS SOMMES DE L'OFFICE NATIONAL DE STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE DE LA MERE ET L'ENFANT ET CERTAINS CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES MENAGES. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON 15 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES.

UF13. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA SANTE DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DONT VOUS AVEZ LA CHARGE, ET QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS. MAINTENANT, JE VEUX VOUS POSER DES QUESTIONS SUR (nom). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E ? Insister : QUEL EST SA DATE DE NAISSANCE ? Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour.	Date de naissance : Jour NSP jour.....98 Mois Année.....	
--	--	--

UF14. QUEL AGE A (nom) EN MOIS ? INSISTER : pour obtenir l'âge en en mois.	Âge en mois :	
---	---------------------	--

MODULE SUR LA VITAMIE A		VA
VA1. (Nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLEMENT) COMME CELLE-CI ? <i>Montrer la capsule ou le flacon pour différentes doses :</i> -100 000 UI pour les enfants âgés de 6-11 mois, -200 000 UI pour les enfants âgés de 12-59 mois.	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MODU-LE SUIV. 8⇒MODU-LE SUIV.
VA2. CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (nom) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?	Nombre de mois _ _ NSP98	
VA3. OU (nom) AVAIT-IL REÇU CETTE DERNIERE DOSE ?	Au centre de santé lors d'une visite de routine 1 Au centre de santé quand l'enfant était malade 2 Journée Nationale de Vaccination 3 <p style="text-align: right;">Autre (à préciser) 6</p> NSP 8	

MODULE SUR LE DEPARASITAGE (ALBENDAZOLE) CHEZ LES ENFANTS AGES DE 12-59 MOIS AL		
AL1. (nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UN COMPRIME D'ALBENDAZOLE (SUPPLEMENT) COMME CELLE-CI ? MONTRER LE COMPRIME OU LE FLACON	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MODU-LE SUIV. 8⇒MODU-LE SUIV.
AL2. CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (nom) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?	Nombre de mois _ _ NSP98	
AL3. OÙ (nom) AVAIT-IL REÇU CETTE DERNIERE DOSE ?	Au centre de santé lors d'une visite de routine 1 Au centre de santé quand l'enfant était malade 2 Journée Nationale de Vaccination 3 <p style="text-align: right;">Autre (à préciser) 6</p> NSP 8	

MODULE SUR L'ALLAITEMENT		BF																																				
BF1. A-T-IL/ELLE ETEALLAITE (<i>nom</i>) ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BF3 8⇒BF3																																				
BF2. EST-IL/ELLE TOUJOURS ALLAITE?	Oui 1 Non 2 NSP 8																																					
<p>BF3. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, A-T-IL/ELLE REÇU L'UNE DES CHOSES SUIVANTES :</p> <p>Lire à haute voix le nom de chaque élément et enregistrer la réponse avant de passer à l'élément suivant.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">O</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">N</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BF3A. SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU DES MEDICAMENTS ?</td> <td>A. Suppléments de vitamines 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>BF3B. EAU ?</td> <td>B. Eau 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>BF3C. EAU SUCREE, PARFUMEE OU JUS DE FRUIT OU THE OU INFUSION?</td> <td>C. Eau sucrée ou jus.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>BF3D. SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ?</td> <td>D. SRO.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>BF3E. PREPARATION POUR BEBES VENDUE COMMERCIALEMENT ?</td> <td>E. Préparation.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>BF3F. LAIT EN BOITE, EN Poudre OU LAIT FRAIS</td> <td>F. Lait.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>BF3G. AUTRES LIQUIDES ?</td> <td>G. Autres liquides.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>BF3H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ?</td> <td>H. Aliment solide ou semi-solide.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	NSP	BF3A. SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU DES MEDICAMENTS ?	A. Suppléments de vitamines 1	2	8	BF3B. EAU ?	B. Eau 1	2	8	BF3C. EAU SUCREE, PARFUMEE OU JUS DE FRUIT OU THE OU INFUSION?	C. Eau sucrée ou jus.....1	2	8	BF3D. SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ?	D. SRO.....1	2	8	BF3E. PREPARATION POUR BEBES VENDUE COMMERCIALEMENT ?	E. Préparation.....1	2	8	BF3F. LAIT EN BOITE, EN Poudre OU LAIT FRAIS	F. Lait.....1	2	8	BF3G. AUTRES LIQUIDES ?	G. Autres liquides.....1	2	8	BF3H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ?	H. Aliment solide ou semi-solide.....1	2	8		
	O	N	NSP																																			
BF3A. SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU DES MEDICAMENTS ?	A. Suppléments de vitamines 1	2	8																																			
BF3B. EAU ?	B. Eau 1	2	8																																			
BF3C. EAU SUCREE, PARFUMEE OU JUS DE FRUIT OU THE OU INFUSION?	C. Eau sucrée ou jus.....1	2	8																																			
BF3D. SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ?	D. SRO.....1	2	8																																			
BF3E. PREPARATION POUR BEBES VENDUE COMMERCIALEMENT ?	E. Préparation.....1	2	8																																			
BF3F. LAIT EN BOITE, EN Poudre OU LAIT FRAIS	F. Lait.....1	2	8																																			
BF3G. AUTRES LIQUIDES ?	G. Autres liquides.....1	2	8																																			
BF3H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ?	H. Aliment solide ou semi-solide.....1	2	8																																			
<p>BF4. Vérifier BF3H : L'enfant a-t-il reçu un aliment solide ou semi-solide (purée) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec BF5</p> <p><input type="checkbox"/> Non ou NSP. ⇒ Passer au Module Suivant</p>																																						
<p>BF5. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES?</p> <p>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</p>	<p>Nombre de fois ____</p> <p>NSP 8</p>																																					

MODULE SUR LES SOINS DES ENFANTS MALADES		CA
<p>CA1. EST-CE-QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE?</p> <p>La diarrhée est déterminée selon la perception de la maladie par la mère ou la gardienne ou trois selles liquides par jour, ou du sang dans les selles.</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA5</p> <p>8⇒CA5</p>
<p>CA2. DURANT LE DERNIER EPISODE DE DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) L'UNE DES CHOSES SUIVANTES A BOIRE :</p> <p>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</p> <p>CA2A. UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET APPELE (<i>nom local du sachet de SRO</i>)?</p> <p>CA2B. UN LIQUIDE MAISON RECOMMANDE PAR LE GOUVERNEMENT ?</p> <p>CA2C. UN LIQUIDE SRO PREEMBALLÉ ?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>A. Liquide SRO préparé.....1 2 8</p> <p>B. Liquide maison.....1 2 8</p> <p>C. Liquide SRO préemballé....1 2 8</p>	
<p>CA3. DURANT LA DIARRHEE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNE A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p>	<p>Beaucoup moins ou rien 1</p> <p>Environ la même quantité (ou un peu moins) 2</p> <p>Plus 3</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA4. DURANT LA DIARRHEE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNE A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p> <p>Si « moins », insister : BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS ?</p>	<p>Rien 1</p> <p>Beaucoup moins 2</p> <p>Un peu moins 3</p> <p>Environ la même quantité 4</p> <p>Plus 5</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A SOUFFERT DE TOUX, A UN MOMENT QUELCONQUE, DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>8⇒CA12</p>
<p>CA6. QUAND (<i>nom</i>) A SOUFFERT DE TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU AVAIT-IL DES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>8⇒CA12</p>
<p>CA7. EST-CE QUE LES SYMPTOMES SONT DUS À UN PROBLEME DANS LA POITRINE, OU AU NEZ QUI ETAIT BOUCHE ?</p>	<p>Problème dans la poitrine 1</p> <p>Nez bouché 2</p> <p>Les deux 3</p> <p style="text-align: center;">Autre (à préciser) 6</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>6⇒CA12</p>
<p>CA8. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE EN DEHORS DE LA MAISON ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>

<p>CA9. OU AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT ?</p> <p>QUELQUE PART AILLEURS</p> <p>Encercler tous les prestataires mentionnés, mais NE faites PAS de suggestions.</p> <p><i>S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrire le nom de l'endroit. Insister pour déterminer le type de source et encercler le code approprié.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital A</p> <p>Centre de santé..... B</p> <p>PMI..... C</p> <p>Poste de santé..... D</p> <p>Agent de santé villageois E</p> <p>Autre (à préciser)..... H</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique privée I</p> <p>Médecin privé..... J</p> <p>Pharmacie..... K</p> <p>Autre (à préciser)..... L</p> <p>Autre source</p> <p>Parent(e) / ami(e) P</p> <p>Commerce..... Q</p> <p>Guérisseur traditionnel R</p> <p>Autre (à préciser)..... X</p>	
<p>CA10. EST-CE-QUE (nom) A PRIS DES MEDICAMENTS POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒ CA12</p> <p>8⇒ CA12</p>
<p>CA11. QUEL MEDICAMENT (nom) A-T-IL/ELLE PRIS ?</p> <p>Encercler tous les médicaments mentionnés.</p>	<p>Traitement antibiotique..... A</p> <p>Paracétamol/Panadol/Acetaminophen P</p> <p>Aspirine Q</p> <p>Ibuprofène..... R</p> <p>Autre (à préciser)..... X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>CA12. Vérifier UF14: L'enfant est-il âgé de moins de 36 mois ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA13</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Passer à CA14</p>		
<p>CA13. LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLE(E) A LA SELLE, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS ?</p>	<p>L'enfant a utilisé les toilettes/latrines01</p> <p>Jeté dans les toilettes/latrines02</p> <p>Jeté dans les égouts ou le fossé03</p> <p>Jeté avec les ordures ménagères.....04</p> <p>Enterré.....05</p> <p>Lissé à l'air libre06</p> <p>Autre (à préciser) 96</p> <p>NSP98</p>	
<p>Poser, à chaque mère ou gardienne d'enfant, la question suivante (CA14) seulement une fois.</p> <p>CA14. PARFOIS LES ENFANTS SOUFFRENT DE MALADIES SEVERES ET DEVRAIENT ETRE CONDUITS TOUT DE SUITE A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE. QUELS TYPES DE SYMPTOMES VOUS AMENERAIENT A CONDUIRE IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?</p> <p>Continuer à demander à l'enquêtée de citer plus de signes ou de symptômes jusqu'à ce qu'elle ne soit plus en mesure de le faire.</p> <p>Encercler tous les symptômes mentionnés.</p> <p>Mais NE lui faites PAS de suggestions.</p>	<p>L'enfant ne peut pas boire ou téter A</p> <p>L'enfant devient de plus en plus malade B</p> <p>L'enfant développe une fièvre C</p> <p>L'enfant a une respiration rapide D</p> <p>L'enfant a des difficultés à respirer E</p> <p>L'enfant a du sang dans les selles..... F</p> <p>L'enfant boit difficilement G</p> <p>Autre (à préciser) X</p> <p>Autre (à préciser) Y</p> <p>Autre (à préciser) Z</p>	

MODULE SUR LA VACCINATION		IM	
Si une carte de vaccination est disponible, copier dans IM2-IM8 les dates de chaque type de vaccin ou de dose de vitamine inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 sont réservées à l'enregistrement des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 seront posées seulement quand il n'y a pas de carte de vaccination disponible.			
IM1. Y A-T-IL UNE CARTE DE VACCINATION POUR (nom)?	Oui, vue1 Oui, pas vue.....2 Non.....3	2⇒IM10 3⇒IM10	
(a) Copier les dates des vaccinations pour chaque vaccin à partir de la carte. (b) Écrire '44' dans la colonne 'jour' si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date de vaccination		
	JOUR	MOIS	ANNÉE
IM2. BCG BCG			
IM3A. POLIO A LA NAISSANCE VPO0			
IM3B. POLIO 1 VPO1			
IM3C. POLIO 2 VPO2			
IM3D. POLIO 3 VPO3			
IM4A. DTC OQ1 DPCoQ1			
IM4B. DTC OQ2 DPCoQ2			
IM4C. DTC OQ3 DPCoQ3			
IM5A. HEPB1 (OU DTCOQHB1) (DTCOQ)H1			
IM5B. HEPB2 (OU DTCOQ HB2) (DTCOQ)H2			
IM5C. HEPB3 (OU DTCOQHB3) (DTCOQ)H3			
IM6. ROUGEOLE (OU MMR) ROUGEOLE			
IM7. FIEVRE JAUNE FJ			
IM8A. VITAMINE A (1) VITA1			
IM8B. VITAMINE A (2) VITA2			
IM9. EN PLUS DES VACCINATIONS ET DES CAPSULES DE VITAMINE A INSCRITES SUR LA CARTE, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS, Y COMPRIS LES VACCINATIONS FAITES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION? Enregistrer 'Oui' seulement si l'enquêtée mentionne BCG, VPO 0-3, DTCoq 1-3, Hépatite B 1-3, Rougeole, ou des suppléments de Vitamine A.	Oui1 (Insister sur le type de vaccin et enregistrer '66' dans la colonne correspondante au jour en IM2 à IM8B). Non.....2 NSP.....8	1⇒MODULE SUIV. 2⇒MODULE SUIV. 8⇒MODULE SUIV.	
IM10. EST-CE QUE (nom) A REÇU DES VACCINATIONS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8	2⇒MODULE SUIV. 8⇒MODULE SUIV.	

IM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'EPAULE QUI LAISSE, GENERALEMENT, UNE CICATRICE?	Oui1 Non.....2 NSP8	
IM12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE DES MALADIES - COMME LA POLIO ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8	2⇒IM15 8⇒IM15
IM13. QUAND LE PREMIER VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE, JUSTE APRES LA NAISSANCE (DANS LES DEUX PREMIERES SEMAINES) OU PLUS TARD ?	Juste après la naissance (dans les 2 premières semaines).....1 Plus tard2	
IM14. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DE LA POLIO A T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois __ __	
IM15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION DTC OQ » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE A LA CUISSE OU A LA FESSE- POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE ? (FAITE QUELQUEFOIS EN MEME TEMPS QUE LES GOUTTES CONTRE LA POLIO).	Oui1 Non.....2 NSP8	2⇒IM17 8⇒IM17
IM16. COMBIEN DE FOIS ?	Nombre de fois __ __	
IM17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE » OU MMR - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui1 Non.....2 NSP8	
IM18. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAIT, SI (<i>nom</i>) A PARTICIPE A L'UNE DES JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU DE VITAMINE A OU LES JOURNEES DE LA SANTE DE L'ENFANT:		
IM18A. DATE/TYPE DE CAMPAGNE A	O N NSP Campagne A.....1 2 8	
IM18B. DATE/TYPE DE CAMPAGNE B	Campagne B.....1 2 8	
IM18C. DATE/TYPE DE CAMPAGNE C	Campagne C.....1 2 8	

MODULE SUR LE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS		ML
ML1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A SOUFFERT, A UN MOMENT QUELCONQUE, DE FIEVRE PENDANT LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML10 8⇒ML10
ML2. EST-CE-QUE (<i>nom</i>) A ETE VU PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE DURANT CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML6 8⇒ML6
ML3. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME QUI ONT ETE FOURNIS OU PRESCRITS PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML5 8⇒ML5
ML4. QUEL MEDICAMENT FOURNI OU PRESCRIT PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>Encercler les codes de tous les médicaments mentionnés.</i>	Antipaludéens : SP/FansidarA ChloroquineB AmodiaquineC QuinineD Combinaison basée sur l'ArtémisinineE Autre (<i>à préciser</i>)H Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/AcetaminophenP Aspirine Q IbuprofenR Autre (<i>à préciser</i>) X NSP Z	
ML5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒ML7 2⇒ML8 8⇒ML8
ML6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML7. QUEL MEDICAMENT (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>Encercler les codes de tous les médicaments donnés. Demander à voir le médicament si le type de médicament n'est pas connu. Si le type de médicament ne peut pas être déterminé, montrer des antipaludéens à l'enquête.</i>	Antipaludéens : SP/FansidarA ChloroquineB AmodiaquineC QuinineD Combinaison basée sur l'ArtémisinineE Autre (<i>à préciser</i>)H Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/AcetaminophenP Aspirine Q IbuprofenR Autre (<i>à préciser</i>) X NSP Z	
ML8. Vérifier ML4 et ML7: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec ML9 <input type="checkbox"/> No. ⇒ Passer à ML10		
ML9. COMBIEN DE TEMPS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE COMMENCE À PRENDRE (<i>nom de l'antipaludéen mentionné à ML4 ou ML7</i>) ? <i>S'il y a plusieurs antipaludéens mentionnés à ML4 ou ML7, il faut présenter tous les noms des médicaments antipaludéens mentionnés.</i>	Même jour 0 Le jour suivant 1 2 jours après la fièvre 2 3 jours après la fièvre 3 4 jours ou plus après la fièvre 4 NSP 8	

ENREGISTRER LE CODE DU JOUR OU L'ANTIPALUDEEN A ETE DONNE.		
ML10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MODU- LE SUIV . 8⇒MODU- LE SUIV .

ML11. Y A-T-IL UN AUTRE ENFANT QUI VIT DANS LE MENAGE DONT L'ENQUETEE EST LA MERE/GARDIENNE ?
VERIFIER LA FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MENAGE, COLONNE HL8.

OUI. ⇒ FIN DU PRESENT QUESTIONNAIRE ; ET PUIS
PASSER AU QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS POUR L'ENFANT ELIGIBLE SUIVANT.

NON. ⇒ FIN DE L'INTERVIEW. REMERCIER L'ENQUETEE DE SA COLLABORATION.

SI CET ENFANT EST LE DERNIER ENFANT ELIGIBLE DANS LE MENAGE, PASSER AU MODULE SUR
L'ANTHROPOMETRIE.

MODULE SUR L'ANTHROPOMETRIE**AN**

Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le mesureur pèse et mesure chaque enfant. Inscrire 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. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.

AN1. Poids de l'enfant.	Kilogrammes (kg).....__ __ . __	
AN2. Taille de l'enfant. Vérifier l'âge de l'enfant en UF14: <input type="checkbox"/> Enfant âgé de moins de 24 mois. ⇒ Mesure de la taille (en position allongée). <input type="checkbox"/> Enfant âgé de 24 mois ou plus. ⇒ Mesure de la taille (en position debout).	Taille (cm) Position allongée..... 1 __ __ __ . __ Taille (cm) Position debout 2 __ __ __ . __	
AN3. NOMET Code du mesureur :	Code __ __	
AN4. Résultat des mesures.	Mesuré 1 Absent 2 Refus 3 Autre (à préciser) 6	

AN5. 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. ⇒ Fin de l'interview avec ce ménage. Remercier tous les participants de leur collaboration. Rassembler tous les questionnaires de ce ménage et vérifier que les numéros d'identification figurent en haut de chaque page. Inscrire le nombre de questionnaires remplis sur la page du Panneau d'Information sur le Ménage.