

OBSERVATIONS :

.....

.....

.....

UF12. Enregistrez l'heure.	Heure et minutes : ..	
----------------------------	-----------------------------	--

AGE		AG
<p>AG1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR L'AGE DE (<i>nom</i>).</p> <p>EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (<i>nom</i>) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insistez:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p><i>Si la mère/gardiennne connaît la date de naissance exacte, inscrivez également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour</i></p> <p><i>Le mois et l'année doivent être enregistrés.</i></p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Jour : ..</p> <p>NSP Jour.....98</p> <p>Mois..... : ..</p> <p>Année..... : ..</p>	
<p>AG2. QUEL AGE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Enregistrez l'âge en année révolues. Si moins d' 1 années, enregistrez '00'. Comparez et corrigez AG1 et/ou AG2 si incohérentes.</i></p>	<p>Âge (en année) : </p>	

ENREGISTREMENT DE NAISSANCE		BR
<p>BR1. (<i>Nom</i>) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ?</p> <p><i>Si oui, demandez</i> PUIS-JE LE VOIR ?</p>	<p>Oui, vu.....1</p> <p>Oui, non vu.....2</p> <p>Non.....3</p> <p>NSP.....8</p>	<p>1⇒ Module Suivant</p> <p>2⇒ Module Suivant</p>
<p>BR2. LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>1⇒ Module Suivant</p> <p>1⇒ Module Suivant</p>
<p>BR3.SI NON, POURQUOI?</p>	<p>Coûte très cher01</p> <p>Trop loin02</p> <p>Ne savait pas qu'il devrait être enregistré.....03</p> <p>Ne sait pas où l'enregistrer.....04</p> <p>Ne sait pas comment.....05</p> <p>Ne voit pas l'utilité de l'état civil.....06</p> <p>Autre (<i>à préciser</i>).....96</p> <p>NSP.....98</p>	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		EC
EC1A. UTILISEZ-VOUS DES LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES POUR (<i>nom</i>) ?	OUI.....1 NON2	2⇒EC7
EC1B. A PARTIR DE QUEL AGE AVEZ-VOUS COMMENCE A L'INITIER A L'UTILISATION DES LIVRES ?	Age en mois :..... __ __	
EC2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (<i>nom</i>) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC : [A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ? [B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ? [C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES CUVETTES OU CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ? <i>Si l'enquêt(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insistez pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.</i>	O N NSP Jouets fabriqué à la maison..... 1 2 8 Jouets de magasin..... 1 2 8 Objets du ménage ou objets du dehors 1 2 8	
EC3A. 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. ETES-VOUS AMENES A AGIR AINSI SOUVENT?	OUI.....1 NON2	
EC3B. AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE PAR EXEMPLE, COMBIEN DE JOURS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE AVAIT: [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', inscrivez '0'. Si 'Ne sait pas', inscrivez '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. Vérifiez AG2: Age de l'enfant		
<input type="checkbox"/> Enfant de 3 à 4 ans ⇒ Continuez avec EC5a <input type="checkbox"/> Enfant de 0 à 2 ans ⇒ Allez au Module suivant		
EC5A. (<i>Nom</i>) EST-IL INSCRIT DANS UNE GARDERIE OU STRUCTURE D'EDUCATION DES JEUNES ENFANTS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒EC7 8⇒EC7

<p>EC5B. SI OUI, QUEL TYPE DE STRUCTURE ?</p>	<p>Structure publique ou privé, (un jardin d'enfants) 1</p> <p>Garderie communautaire 2</p> <p>Ecole coranique..... 3</p>																																				
<p>EC6. AU COURS DU DERNIER MOIS, ENVIRON COMBIEN DE JOURS (<i>nom</i>) A-T-IL FREQUENTE CETTE STRUCTURE EDUCATIVE ?</p>	<p>Nombre de jours _ _</p>																																				
<p>EC7. PENDANT LA SEMAINE DERNIERE, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE PLUS DE 15 ANS, PARTICIPE AVEC (<i>nom</i>) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>Si oui, demandez:</i> QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Encerclez tout ce qui est mentionné.</i></p> <p>[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[B] RACONTER DES HISTOIRES A (<i>nom</i>) ?</p> <p>[C] CHANTER DES CHANSONS A (<i>NOM</i>) OU AVEC (<i>NOM</i>), Y COMPRIS DES BERCEUSES ?</p> <p>[D] EMMENER (<i>NOM</i>) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ?</p> <p>[E] JOUER AVEC (<i>NOM</i>) ?</p> <p>[F] PASSER DU TEMPS AVEC (<i>NOM</i>) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>MERE</th> <th>PERE</th> <th>AUTRE</th> <th>PERSONNE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A].LIRE DES LIVRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[B].RACONTER DES HISTOIRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[C].CHANTER DES CHANSONS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[D].PROMENER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[E].JOUER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>[F].PASSER DU TEMPS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		MERE	PERE	AUTRE	PERSONNE	[A].LIRE DES LIVRES	A	B	X	Y	[B].RACONTER DES HISTOIRES	A	B	X	Y	[C].CHANTER DES CHANSONS	A	B	X	Y	[D].PROMENER	A	B	X	Y	[E].JOUER	A	B	X	Y	[F].PASSER DU TEMPS	A	B	X	Y	
	MERE	PERE	AUTRE	PERSONNE																																	
[A].LIRE DES LIVRES	A	B	X	Y																																	
[B].RACONTER DES HISTOIRES	A	B	X	Y																																	
[C].CHANTER DES CHANSONS	A	B	X	Y																																	
[D].PROMENER	A	B	X	Y																																	
[E].JOUER	A	B	X	Y																																	
[F].PASSER DU TEMPS	A	B	X	Y																																	
<p>EC8. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. LES ENFANTS NE SE DEVELOPPENT PAS TOUS DE MANIERE IDENTIQUE ET ILS N'APPRENNENT PAS TOUS A LA MEME VITESSE. CERTAINS, PAR EXEMPLE, MARCHENT PLUS TOT QUE D'AUTRES. CES QUESTIONS PORTENT SUR PLUSIEURS ASPECTS DU DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT.</p> <p>EST-CE QUE (<i>nom</i>) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>																																				
<p>EC9. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>																																				
<p>EC10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10 ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>																																				

	NSP 8	
EC11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC12. EST-CE QU'IL ARRIVE PARFOIS QUE (<i>nom</i>) SOIT TROP MALADE POUR JOUER ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS POUR FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC14. QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (<i>nom</i>), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC16. 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	
EC17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST FACILEMENT DISTRAIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

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

BF12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU D'AUTRES LIQUIDES, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BF15 8⇒BF15
BF14. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A T-IL BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois __	
BF15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE DE LA BOUILLIE LEGERE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BF18 8⇒BF18
BF17. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois __	
BF18. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

SOINS DES ENFANTS MALADES		CA
CA1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA7 8⇒CA7
CA2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITE DE LIQUIDES A ETE DONNEE A (<i>nom</i>) DURANT SA DIARRHEE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHEE, A T-IL/ELLE RECU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? <i>Si moins, insistez:</i> EST-CE QU'IL/ELLE A RECU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus 4 Rien à boire 5 NSP 8	
CA3. PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE RECU A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGE ? <i>Si moins, insistez:</i> EST-CE QU'IL/ELLE A RECU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus 4 A stoppé nourriture 5 N'a jamais donné à manger 6 NSP 8	
CA4. DURANT LE DERNIER EPISODE DE DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>NOM</i>) L'UNE DES CHOSES SUIVANTES A BOIRE : <i>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</i>	O N NSP	
CA4A. UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET APPELE LEMLEIHA ?	A. Liquide Lemleiha préparé.....1 2 8	
CA4B. UN LIQUIDE MAISON RECOMMANDE PAR LE GOUVERNEMENT ?	B. Liquide maison.....1 2 8	
CA4C. UN LIQUIDE SRO PREEMBALLE ?	C. Liquide SRO préemballé... ..1 2 8	
CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ETE DONNE POUR TRAITER LA DIARRHEE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA7 8⇒CA7

<p>CA6. QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHEE?</p> <p><i>Insistez :</i> RIEN D'AUTRE ?</p> <p><i>Enregistrez tous les traitements donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Comprimé ou Sirop</p> <p>Antibiotique A</p> <p>Antimotilité B</p> <p>Zinc C</p> <p>Autre (pas antibiotique, antimotilité ou zinc) G</p> <p>Comprimé ou sirop inconnu H</p> <p>Injection</p> <p>Antibiotique L</p> <p>Non-antibiotique M</p> <p>Injection inconnue N</p> <p>Intraveineuse O</p> <p>Remède maison/ herbes médicinales Q</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) _____ X</p>	
<p>CA7. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (<i>nom</i>) A ETE MALADE AVEC DE LA TOUX ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇨CA14</p> <p>8⇨CA14</p>
<p>CA8. QUAND (<i>nom</i>) ETAIT MALADE AVEC DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU EST-CE QU'IL/ELLE AVAIT DES DIFFICULTES POUR RESPIRER ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇨CA14</p> <p>8⇨CA14</p>
<p>CA9. LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?</p>	<p>Problème de bronches 1</p> <p>Nez bouché ou qui coulait 2</p> <p>Les deux 3</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) _____ 6</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇨CA14</p> <p>6⇨CA14</p>
<p>CA10. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇨CA12</p> <p>8⇨CA12</p>
<p>CA11. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</p> <p><i>Insistez :</i> NULLE PART AILLEURS ?</p> <p><i>Encerclez tous les endroits mentionnés, Mais ne suggérez PAS de réponse.</i></p> <p><i>Insistez pour identifiez chaque type d'endroit.</i></p> <p><i>Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital A</p> <p>Centre de santé B</p> <p>Poste de santé C</p> <p>Agent de santé villageois D</p> <p>PMI E</p> <p>Autre (<i>à préciser</i>) _____ H</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique privée I</p> <p>Médecin privé J</p> <p>Pharmacie K</p> <p>Autre (<i>à préciser</i>) _____ L</p> <p>Autre source</p> <p>Parente / amie P</p> <p>Commerce Q</p> <p>Guérisseur traditionnel R</p> <p>Autre (<i>à préciser</i>) _____ X</p>	

<p>CA12. EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>2⇒CA14 8⇒CA14</p>
<p>CA13. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insistez :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</p> <p><i>Encercler tous les médicaments donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nom des médicaments</i>)</p>	<p>Antibiotique Comprimé / Sirop A Injection B</p> <p>Antipaludéens M</p> <p>Paracétamol/Panadol/Acétaminophène P Aspirine Q Ibuprofen R</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) _____ X NSP Z</p>	
<p>CA14. Vérifiez AG2 : enfant de moins de 3 ans ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuez avec CA15</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Allez au module suivant</p>		
<p>CA15. LA DERNIERE FOIS QUE (<i>nom</i>) EST ALLE A LA SELLE, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?</p>	<p>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 Lissé à l'air libre 06</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) _____ 96 NSP 98</p>	

PALUDISME		ML
ML1. A N'IMPORTE QUEL MOMENT, AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A ETE MALADE AVEC DE LA FIEVRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒Module suivant 8⇒Module Suivant
ML1A. QUELLES MANIFESTATIONS AVEZ-VOUS - CONSTATEES ?	Perte de connaissance A Convulsions (crises) B Ictère/anémie C Autres (à préciser) X	
ML2. À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA MALADIE, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU DU SANG PRELEVE AU BOUT DE SON DOIGT OU AU TALON POUR EFFECTUER UN TEST ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
ML3. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT QUELQUE PART OU AUPRES DE QUELQU'UN POUR LA MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML4. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A ETE EMMENE DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE DURANT SA MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML5. EST-CE QUE L'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME DANS CET ETABLISSEMENT DE SANTE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML7 8⇒ML7
ML6. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) ? <i>Insistez :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? <i>Encerclez tous les médicaments mentionnés. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments.</i> _____ (<i>Nom des médicaments</i>)	Antipaludéens: SP / Fansidar A Chloroquine B Amodiaquine C Quinine D Combinaison à base d' Artémisinine E DBC Antipaludéen spécifique au pays .. F Autre antipaludéen (précisez) _____ H Antibiotiques Comprimés / Sirop I Injection J Autres médicaments: Paracétamol/ Panadol /Acétaminophen . P Aspirine Q Ibuprofen R Autre (précisez) _____ X NSP Z	
ML7. EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒ML9 2⇒ML10 8⇒ML10
ML8. EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AU COURS DE CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML10 8⇒ML10

<p>ML9. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insistez :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</p> <p><i>Encercler tous les médicaments mentionnés. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nom des médicaments</i>)</p>	<p>Antipaludéens:</p> <p>SP / Fansidar A</p> <p>Chloroquine B</p> <p>Amodiaquine C</p> <p>Quinine D</p> <p>Combinaison avec Artémisinine E</p> <p>DBC Antipaludéen spécifique au pays ... F</p> <p>Autre antipaludéen (<i>précisez</i>) _____ H</p> <p>Antibiotiques</p> <p>Comprimés / Sirop I</p> <p>Injection J</p> <p>Autres médicaments:</p> <p>Paracétamol/ Panadol/ Acetaminophen . P</p> <p>Aspirine Q</p> <p>Ibuprofen..... R</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) _____ X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>ML10. Vérifiez ML6 et ML9: Antipaludéens mentionnés (<i>codes A - H</i>)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇨ Continuez avec ML11</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇨ Allez au module suivant</p>		
<p>ML11. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE AIT COMMENCE, (<i>nom</i>) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (<i>nom de l'antipaludéen déclaré à ML6 ou ML9</i>)?</p> <p><i>Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à ML6 ou ML9, donnez le nom de tous les antipaludéens mentionnés</i></p> <p><i>Enregistrez combien de temps après le début de la fièvre le premier antipaludéen a été donné.</i></p>	<p>Même jour 0</p> <p>Jour suivant 1</p> <p>2 jours après début de la fièvre 2</p> <p>3 jours après début de la fièvre 3</p> <p>4 jours ou plus après début de la fièvre..... 4</p> <p>NSP 8</p>	

VACCINATIONS		IM	
<i>Si un carnet de vaccination est disponible, recopiez les dates à IM3 pour chaque vaccination enregistrée sur le carnet. Les questions IM6-IM17 servent à enregistrer les vaccinations qui ne sont pas inscrites sur le carnet. Vous ne poserez IM6-IM16 que si un carnet n'est pas disponible</i>			
IM1. AVEZ-VOUS UN CARNET OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTREES? (Si Oui) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?	Oui, vu 1 Oui, non vu 2 Pas de carnet 3	1⇒IM3 2⇒IM6	
IM2. AVEZ-VOUS DEJA EU UN CARNET DE VACCINATION POUR (nom) ?	Oui 1 Non 2	1⇒IM6 2⇒IM6	
IM3. (a) Recopiez les dates de chaque vaccination à partir du carnet. (b) Inscrivez '44' dans la colonne jour si le carnet montre que le vaccin a été donné mais que la date n'a pas été enregistrée.	Date des vaccinations		
	Jour	Mois	Année
BCG	BCG		
POLIO A LA NAISSANCE	VPO0		
POLIO 1	VPO 1		
POLIO 2	VPO 2		
POLIO 3	VPO 3		
DTCOQ 1	DTCOQ1		
DTCOQ 2	DTCOQ2		
DTCOQ 3	DTCOQ 3		
HEPB A LA NAISSANCE	H0		
HEPB1	H1		
HEPB2	H2		
HEPB3	H3		
ROUGEOLE (OU ROR)	ROUG.		
VITAMINE A	VITA		
PENTA 1 (DIPHTERIE, TETANOS COQUELUCHE, HEPATITE B, HEMOPHILES INFLUENZA DE TYPE B)			
PENTA 2 (DIPHTERIE, TETANOS COQUELUCHE, HEPATITE B, HEMOPHILES INFLUENZA DE TYPE B)			
PENTA 3 (DIPHTERIE, TETANOS COQUELUCHE, HEPATITE B, HAE3MOPHILUS INFLUENZA DE TYPE B)			

IM4. Vérifiez IM3. Est-ce que toutes les vaccinations (du BCG à Penta3) sont enregistrées? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuez avec IM18 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuez avec IM5		
IM5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CE CARNET, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ? <i>Enregistrez 'Oui' seulement si l'enquêtée mentionne des vaccins qui figurent dans le tableau ci-dessus.</i>	Oui 1 <i>(Insistez pour les vaccins et inscrivez '66' à la colonne jour correspondante pour chaque vaccin mentionné. Ensuite, sautez à IM18.)</i> Non 2 NSP 8	 2⇒IM18 8⇒IM18
IM6. EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU DES VACCINS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	 2⇒IM18 8⇒IM18
IM7. EST-CE QUE (nom) 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	
IM8. EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE DES MALADIES - C'EST-A-DIRE LA POLIO ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM11 8⇒IM11
IM9. EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE DU VACCIN CONTRE LA POLIO A ETE DONNEE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE OU PLUS TARD ?	Dans les 2 premières semaines 1 Plus tard 2	
IM10. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois __	
IM10A. EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU « LE VACCIN PENTA » POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA DIPHTERIE, TETANOS COQUELUCHE, HEPATITE B, HAEMOPHILUS INFLUENZA DE TYPE B?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM11 8⇒IM11
IM10B. COMBIEN DE FOIS?	Nombre de fois __	ALLER ⇒IM16
IM11. EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU « LE VACCIN DTCoq » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE ? <i>Insistez en précisant que le vaccin du DTCoq est parfois donné en même temps que la polio</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM13 8⇒IM13
IM12. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LE DTCoq A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois __	
IM13. EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU LE VACCIN CONTRE L'HEPATITE B – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER L'HEPATITE B <i>Insistez en précisant que le vaccin contre l'hépatite B est parfois donné en même temps que les vaccins de la polio et du DTCoq</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM16 8⇒IM16

IM14. EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE D'HEPATITE B A ETE DONNEE DANS LES 24 H APRES LA NAISSANCE OU PLUS TARD ?	Dans les 24 h après naissance 1 Plus tard 2	
IM15. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE L'HEPATITE B A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois __	
IM16. EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE OU UNE INJECTION ROR - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
IM18. EST-CE QUE (nom) A RECU UNE DOSE DE VITAMINE A DOSE COMME CELA DANS LES 6 DERNIERS MOIS ? <i>Montrez les types d'ampoules/ capsule / sirops les plus communs</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	
IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (nom) A PARTICIPE A L'UNE DES CAMPAGNES OU JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU A L'UNE DES JOURNEES DE VITAMINE A SUIVANTES OU A L'UNE DES JOURNEES DE LA SANTE DE L'ENFANT SUIVANTES:		
		O N NSP
[A] DU 30 Octobre au 2 Novembre 2010 /POLIO	Campagne A.....	1 2 8
[B] DU 12 AU 15 Avril 2011 /POLIO	Campagne B.....	1 2 8
[C] DU 29 Avril au 2 Mai /POLIO, VIT A, Bendezole	Campagne C.....	1 2 8

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

<p>UF14. Est-ce que l'enquêté(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d'un autre enfant âgé de moins de 5 ans vivant dans ce ménage ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒ Indiquez à l'enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant plus tard. Allez au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la même personne</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non. ⇒ Terminez l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et dites-lui que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant</i></p> <p><i>Vérifiez s'il y a une autre femme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui vous devrez administrer un questionnaire dans ce ménage.</i></p> <p><i>Commencez un nouveau questionnaire femme ou enfant de moins de 5 ans ou organisez-vous pour les mesures anthropométriques de tous les enfants éligibles de ce ménage.</i></p>

ANTHROPOMETRIE
AN

Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant. Enregistrez ci-dessous le poids et la taille en position allongée ou en position debout, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifiez le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.

AN1. NOM ET CODE DU TECHNICIEN :	Nom _____	
AN2. Résultat des mesures de la taille en position debout/allongée et du poids	Une ou les deux mesures 1 Enfant non présent 2 Enfant ou gardienne a refusé 3 Enfant handicapé 4 Autre (précisez) _____ 6	2⇒AN6 3⇒AN6 4⇒AN6 6⇒AN6
AN3. Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg) __ __ , __ Poids non mesuré 99,9	
AN4. Taille de l'enfant en position debout ou allongée Vérifiez l'âge de l'enfant à AG2 : <input type="checkbox"/> Enfant de moins de 24 mois. ⇒ Mesurez la taille (position allongée). <input type="checkbox"/> Enfant de 24 mois ou plus. ⇒ Mesurez la taille (position debout).	Taille (cm) Position allongée 1 __ __ __ , __ Taille (cm) Position debout 2 __ __ __ , __ Taille allongée/debout non mesurée 9999 ,9	
AN5. Œdème Observez et enregistrez	Vérifié : Œdème présent 1 Œdème non présent 2 Pas sûr 3 Non vérifié (précisez la raison) _____ 7	

AN6. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?

- Oui. ⇒ Enregistrez les mesures pour l'enfant suivant.
- Non. ⇒ Terminez l'interview avec ce ménage en remerciant tous les participants pour leur coopération.

Rassemblez tous vos questionnaires pour ce ménage et vérifiez que tous les numéros d'identification sont insérés à chaque page. Notez dans le panneau d'information sur le ménage le nombre d'interviews complétées.