



Annexe F. Questionnaires

December 2014



QUESTIONNAIRE POUR ENFANT MOINS DE 5 ANS Mauritanie - 2015

| PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS | | UF |
|---|---|----|
| <i>Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir liste des membres du ménage, colonne HI15) 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.</i> | | |
| 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__ | |

| | |
|---|--|
| <p><i>Si ce n'est pas déjà fait, se présenter à la personne qui répond:</i></p> <p>NOUS FAISONS PARTIE DE L'OFFICE NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (<i>nom de l'enfant en UF3</i>). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p> | <p><i>Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à la personne qui répond, lire la phrase suivante:</i></p> <p>MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (<i>nom de l'enfant en UF3</i>). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p> |
| <p>PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui, permission accordée</i> ⇒ Aller à UF12 pour enregistrer l'heure et commencer l'interview.</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non, permission non accordée. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe</i> ⇒ Encercler '03' à UF9.</p> | |

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

| | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| UF12. Enregistrer l'heure. | Heure et minutes ____ : ____ | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|

| AGE | AG | |
|--|--|--|
| <p>AG1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE DEVELOPPEMENT ET LA SANTE DE (<i>nom</i>).</p> <p>QUEL JOUR, QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (<i>nom</i>) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insister:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p><i>Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; sinon, 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 2 015</p> | |
| <p>AG2. QUEL AGE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insister : QUEL AGE A EU (<i>nom</i>) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i></p> <p><i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i></p> <p><i>Si moins de 1 an, enregistrer '0'.</i></p> <p><i>Comparer et corriger AG1 et/ou AG2 si incohérentes.</i></p> | <p>Âge (en années révolues) ____</p> | |

| ENREGISTREMENT DES NAISSANCES | | BR |
|--|---|------------------|
| BR1. (Nom) A-T-IL/ELLE ETE ENREGISTRE/E A LA NAISSANCE ? <i>Si oui, demander :</i> PUIS-JE VOIR L'ACTE DE NAISSANCE/D'ENREGISTREMENT ? | Oui, vu 1 | |
| | Oui, non vu 2 | 2⇒BR2 |
| | Non 3 | 3⇒BR3 |
| | NSP 8 | 8⇒Module suivant |
| BR1A. Vérifier l'acte de naissance <input type="checkbox"/> <i>Enfant a un acte nouveau ⇒ Aller au Module suivant</i> <input type="checkbox"/> <i>Enfant a un ancien acte de naissance ⇒ Continuer avec BR2</i> | | |
| BR2. EST-CE QUE (Nom) EST ENROLE A L'ETAT CIVIL? <i>Si oui, demander :</i> PUIS-JE VOIR L'ACTE DE NAISSANCE /D'ENREGISTREMENT ? | Oui, vu 1 | 1⇒Module suivant |
| | Oui, non vu 2 | 2⇒Module suivant |
| | Non 3 | |
| | NSP 8 | 8⇒Module suivant |
| BR3. QUELLE EST LA RAISON PRINCIPALE POUR LA QUELLE LA NAISSANCE DE (nom) N'A PAS ETE ENROLEE? | Père ou mère pas enrôlés 01 | |
| | Pas d'acte de mariage des parents 02 | |
| | Pas d'acte de décès du père/mère 03 | |
| | Père ou mère absent 04 | |
| | Eloignement du centre d'enrôlement 05 | |
| | Procédures longues 06 | |
| | Ne sait pas comment s'enrôler 07 | |
| | Autre (<i>préciser</i>) 96 | |
| NSP 98 | | |

| DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT | | EC |
|---|---|----|
| <p>EC1. COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (<i>nom</i>) ?</p> | <p>Aucun 00</p> <p>Nombre de livres d'enfant 0 __</p> <p>Dix livres ou plus 10</p> | |
| <p>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 :</p> <p>[A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ?</p> <p>[B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ?</p> <p>[C] DES OBJETS DU MENAGE (COMME DES BASSINES, CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ?</p> <p><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></p> | <p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Jouets fabriqués à la maison..... 1 2 8</p> <p>Jouets de magasin 1 2 8</p> <p>Objets du ménage ou objets du dehors 1 2 8</p> | |
| <p>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.</p> <p>AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE, COMBIEN DE JOURS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ETE:</p> <p>[A] LAISSE/E SEUL/E PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p>[B] LAISSE/E A LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT C'EST-A-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS, PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p><i>Si 'jamais', inscrire '0'. Si 'Ne sait pas', inscrire '8'</i></p> | <p>Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure __</p> <p>Nombre de jours laissé avec un enfant de moins de dix ans pendant plus d'une heure __</p> | |
| <p>EC4. Vérifier AG2: Age de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Aller au Module suivant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuer avec EC5</p> | | |
| <p>EC5. (<i>Nom</i>) SUIV-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 UN CENTRE D'ACCUEIL COMMUNAUTAIRE ?</p> | <p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> | |

| <p>EC7. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE 15 ANS OU PLUS, PARTICIPE AVEC (<i>nom</i>) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>Si oui, demander:</i> QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Encercler 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] NOMMER, COMPTER, ET/OU DESSINER DES CHOSES POUR OU AVEC (<i>nom</i>) ?</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mère</th> <th>Père</th> <th>Autre</th> <th>Pers- son- ne</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- son- ne | 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- son- ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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> <p>NSP 8</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>EC11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU?</p> | <p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>EC12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST PARFOIS TROP MALADE POUR JOUER ?</p> | <p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|--|
| EC13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS SUR COMMENT 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 ET APPORT ALIMENTAIRE | | BD | | |
|---|--|--------------------|---|-----|
| BD1. Vérifier AG2: Age de l'enfant <input type="checkbox"/> L'enfant a 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec BD2 <input type="checkbox"/> L'enfant a 3 ou 4 ans ⇒ Aller au Module TRAITEMENT DES MALADIES | | | | |
| BD2. EST-CE QUE (nom) A ETE ALLAITE ? | Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8 | 2⇒BD4 8⇒BD4 | | |
| BD3. EST-CE QUE (nom) EST ENCORE ALLAITE ? | Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8 | | | |
| BD4. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON ? | Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8 | | | |
| BD5. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE/ LEMLEIHA) ? | Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8 | | | |
| BD6. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU OU MANGE DES VITAMINES OU DES SUPPLEMENTS MINERAUX OU N'IMPORTE QUEL MEDICAMENT? | Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8 | | | |
| BD7. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) LIQUIDES QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) 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 (nom) A BU (Nom de la boisson) HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT: | | O | N | NSP |
| [A] DE L'EAU SIMPLE? | De l'eau | 1 | 2 | 8 |
| [B] DU JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS DE FRUITS? | Jus ou boissons à base de jus | 1 | 2 | 8 |
| [C] DE LA SOUPE CLAIRE (bouillon)? | Bouillon | 1 | 2 | 8 |
| [D] DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ? | Lait | 1 | 2 | 8 |
| <i>Si oui à [D]: COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU DU LAIT? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i> | Nombre de fois <u>lait bu</u> | | | — |
| [E] UNE PREPARATION DE LAIT MATERNISE POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE? | Préparation de lait maternisé pour enfant | 1 | 2 | 8 |
| <i>Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU UNE PREPARATION DE LAIT MATERNISE POUR BEBE ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i> | Nombre de fois préparation pour bébé | | | — |
| [F] N'IMPORTE QUELS AUTRES LIQUIDES ? <i>Préciser</i> _____ | Autres liquides | 1 | 2 | 8 |

| | | | | |
|---|---|----------------------------------|---|-----|
| BD8. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) ALIMENTS QUE (<i>nom</i>) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. À NOUVEAU, JE VOUDRAIS SAVOIR SI (<i>nom</i>) 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 (<i>nom</i>) A MANGÉ (<i>Nom de l'aliment</i>) 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 (<i>nom</i>) 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] NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBE, COMME CEDRELA, BLEDINA, PHOSPHATINE, NJUUMAN, CERAMINE? | cerelac, bledina, phosphatine, njuuman, cereamine | 1 | 2 | 8 |
| [C] DU PAIN, RIZ, PATES, COUSCOUS, BOUILLIE (ENCHE), MAÏS, SORGHO, BLE, MIL OU AUTRES ALIMENTS A BASE DE GRAINS ? | Aliments faits à base de grains ? | 1 | 2 | 8 |
| [D] COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, PATATE DOUCE QUI SONT JAUNE OU ORANGE A L'INTERIEUR ? | Courge, carottes, citrouille, etc. | 1 | 2 | 8 |
| [E] DES POMMES DE TERRES, 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 LEGUME SA FEUILLES VERTS FONCES ? | Légumes à feuilles vert foncé | 1 | 2 | 8 |
| [G] DES MANGUES/PAPAYES ? | Mangues mures | 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, CHAMEAU, MOUTON, CHEVRE, POULET OU CANARD ? | Viande de bœuf, chameau, 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 MENTIONNE? Préciser _____ | Autres aliments solides, semi-solides, ou mous | 1 | 2 | 8 |
| BD9. Vérifier BD8 (Catégories "A" jusqu'à "O") | | | | |
| <input type="checkbox"/> Au moins un "Oui" ou toutes "NSP" ⇒ Aller à BD11 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 ? | | | | |
| <input type="checkbox"/> L'enfant n'a rien mangé ou la répondante ne sait pas ⇒ Aller au module suivant | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 (<i>nom</i>) A-T-IL MANGÉ DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI SOLIDES OU MOUS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ? | Nombre de fois | — | | |
| | NSP | 8 | | |

| | | |
|--|--|--|
| <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i> | | |
|--|--|--|

| VACCINATIONS | | IM | | | | | | | |
|---|---------------|------------------------|--|------|--|-------|--|--|--|
| Si un carnet de vaccination est disponible, recopier les dates à IM3 pour chaque vaccination et Vitamine A enregistrées sur le carnet. Les questions IM6-IM16 ne seront posées que si un carnet n'est pas disponible | | | | | | | | | |
| IM1. AVEZ-VOUS UN CARNET OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTREES? (Si Oui) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ? | | Oui, vu | | 1 | | 1⇒IM3 | | | |
| | | Oui, non vu | | 2 | | 2⇒IM6 | | | |
| | | Pas de carnet | | 3 | | | | | |
| IM2. AVEZ-VOUS DEJA EU UN CARNET DE VACCINATION POUR (nom) ? | | Oui | | 1 | | 1⇒IM6 | | | |
| | | Non | | 2 | | 2⇒IM6 | | | |
| IM3. (a) Copier les dates de chaque vaccin de la carte. (b) Ecrire '44' dans la colonne "jour" si la CARNET montre qu'un vaccin a été fait mais <u>la date n'est pas donnée.</u> | | Date de la vaccination | | | | | | | |
| | | jour | | Mois | | Année | | | |
| BCG | BCG | | | | | | | | |
| POLIO A LA NAISSANCE | POLIO0 | | | | | | | | |
| POLIO 1 | POLIO1 | | | | | | | | |
| POLIO 2 | POLIO2 | | | | | | | | |
| POLIO 3 | POLIO3 | | | | | | | | |
| PENTA 1 | PENTA1 | | | | | | | | |
| PENTA 2 | PENTA2 | | | | | | | | |
| PENTA 3 | PENTA3 | | | | | | | | |
| HEPB A LA NAISSANCE | HEP0 | | | | | | | | |
| PCV1 | PCV1 | | | | | | | | |
| PCV2 | PCV2 | | | | | | | | |
| PCV3 | PCV3 | | | | | | | | |
| ROUGEOLE | ROUG. | | | | | | | | |
| VITAMINE A (PREMIERE DOSE) | VITA1 | | | | | | | | |
| VITAMINE A (DEUXIEME DOSE) | VITA2 | | | | | | | | |
| IM4. Vérifier IM3. Est-ce que tous les vaccins (de BCG à Rougeole) 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 VACCINATION ? <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 (<i>nom</i>) 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 Non 2 NSP 8 | 2⇒IM19 8⇒IM19 |
| IM7. 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’EPAULE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ? | Oui 1 Non 2 NSP 8 | |
| IM8. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE LA POLIO ? | Oui 1 Non 2 NSP 8 | 2⇒IM11A 8⇒IM11A |
| IM9. EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE CONTRE LA POLIO A ETE DONNEE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE ? | Oui 1 Non 2 | |
| IM10. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE ? | Nombre de fois _ | |
| IM11A. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU « UN VACCIN PENTA » – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE GAUCHE ? POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE, L’HEPATITE B, LE HAEMOPHILUS INFLUENZA DE TYPE B ? <i>Insister en précisant que le vaccin le Penta est parfois donné en même temps que la polio et BCG.</i> | Oui 1 Non 2 NSP 8 | 2⇒IM14A 8⇒IM14A |
| IM12A. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PENTA A-T-IL ETE DONNE ? | Nombre de fois _ | |
| IM14A. EST-CE QU’UNE DOSE D’HEPATITE B, C’EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LA CUISSE GAUCHE A ETE DONNEE A (<i>nom</i>) DANS LES 24H APRES LA NAISSANCE ? | Oui, dans les 24 heures 1 Oui, mais pas dans les 24 heures 2 Non 3 NSP 8 | |
| IM14B. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU « UN VACCIN PCV » – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE DROITE POUR LUI EVITER D’ATTRAPER LA PNEUMONIE ? <i>Insister en précisant que le vaccin le PCV est parfois donné en même temps que le Penta.</i> | Oui 1 Non 2 NSP 8 | 2⇒IM16 8⇒IM16 |
| IM14C. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PCV A-T-IL ETE DONNE ? | Nombre de fois _ | |
| IM16. 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’AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ? | Oui 1 Non 2 NSP 8 | |
| IM19. DITES-MOI, S’IL VOUS PLAIT, SI (<i>nom</i>) 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] OCT ET NOV 2012/POLIO | Polio 2012 1 2 8 | |
| [B] AVRIL ET MAI 2013/ POLIO | Polio 2013 1 2 8 | |
| [C] SEPT ET NOV 2014 /POLIO | Polio 2014 1 2 8 | |
| [D] OCT 2014/ MENINGITE | Meningite2014 1 2 8 | |
| [E] Nov 2014/ ROUGEOLE | Rougeole 2014 1 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>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i> _____ (<i>Nom de l'endroit</i>) | Secteur public Hôpital A Centre de santé/Polyclinique B Poste de santé C Agent de santé communautaire D Clinique mobile/ communautaire E Autre médical publique H Secteur médical privé Clinique privée I Médecin privé J Pharmacie privée K Clinique mobile L Autre médical privé O Autre source Parent (e)/ Ami (e) P Boutique Q Praticien traditionnel / Marabouts R Autre (préciser) X | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>CA4. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE À (<i>nom</i>) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS:</p> <p>[A] UN LIQUIDE PRÉPARÉ À PARTIR D'UN SACHET SPÉCIAL DE SRO APPELÉ LEMLEIHA</p> <p>[C] UN LIQUIDE PRÉPARÉ À LA MAISON POUR LA DIARRHÉE ?</p> | <p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>SRO/Lemleiha 1 2 8</p> <p>Liquide maison 1 2 8</p> | |
| <p>CA4A. Vérifier CA4 : SRO/ LEMLEIHA</p> <p><input type="checkbox"/> SRO/lemleiha a été donné à l'enfant ('1' encerclé à A dans CA4) ⇒ Continuer avec CA4B</p> <p><input type="checkbox"/> SRO/lemleiha n'a pas été donné à l'enfant ⇒ Aller à CA4C</p> | | |
| <p>CA4B. OU AVEZ-VOUS EU LE SRO/LEMLEIHA ?</p> <p><i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(<i>Nom de l'endroit</i>)</p> | <p>Secteur public</p> <p>Hôpital 11</p> <p>Centre de santé/Polyclinique 12</p> <p>Poste de santé 13</p> <p>Agent de santé communautaire 14</p> <p>Clinique mobile/communautaire 15</p> <p>Autre médical publique 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique privée 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Clinique mobile 24</p> <p>Autre médical privé 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 (préciser) 96</p> | |
| <p>CA4C. DURANT LE TEMPS OU (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHÉE, LUI A-T-ON DONNÉ :</p> <p>[A] DES COMPRIMÉS DE ZINC ?</p> <p>[B] DU SIROP DE ZINC ?</p> | <p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Comprimés de Zinc 1 2 8</p> <p>Sirop de Zinc 1 2 8</p> | |
| <p>CA4D. Vérifier CA4C: A eu du zinc?</p> <p><input type="checkbox"/> l'enfant a eu du zinc ('1' 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>CA4E. OU AVEZ-VOUS EU LE ZINC ?</p> <p><i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p><i>(Nom de l'endroit)</i></p> | <p>Secteur public</p> <p>Hôpital 11</p> <p>Centre de santé/Polyclinique 12</p> <p>Poste de santé 13</p> <p>Agent de santé communautaire 14</p> <p>Clinique mobile/communautaire 15</p> <p>Autre médical publique 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique privée 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Clinique mobile 24</p> <p>Autre médical privé 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 (préciser) 96</p> | |
| <p>CA4F. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE À (nom) UN LIQUIDE PRÉPARÉ À LA MAISON POUR LA DIARRHÉE, AVEC EAU-SEL ET SUCRE ?</p> | <p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> | |
| <p>CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ÉTÉ DONNÉ POUR TRAITER LA DIARRHÉE ?</p> | <p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> | <p>2 ⇒ CA6A</p> <p>8 ⇒ CA6A</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>CA6. QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHEE?</p> <p><i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ?</p> <p><i>Enregistrer tous les traitements donnés. Inscrire 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>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 (préciser) _____ X</p> | |
| <p>CA6A. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (nom) A EU DE LA FIEVRE A N'IMPORTE QUEL MOMENT ?</p> | <p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> | <p>2⇒CA7</p> <p>8⇒CA7</p> |
| <p>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 ?</p> | <p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> | |
| <p>CA7. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (nom) A ETE MALADE AVEC DE LA TOUX ?</p> | <p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> | <p>2⇒CA9A</p> <p>8⇒CA9A</p> |
| <p>CA8. QUAND (nom) ETAIT MALADE AVEC DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU EST-CE QU'IL/ELLE AVAIT DES DIFFICULTES POUR RESPIRER ?</p> | <p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> | <p>2⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p> |
| <p>CA9. LA RESPIRATION RAPIDES OU LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?</p> | <p>Problème de bronches seulement 1</p> <p>Nez bouché ou qui coulait seulement 2</p> <p>Les deux 3</p> <p>Autre (préciser) _____ 6</p> <p>NSP 8</p> | <p>1⇒CA10</p> <p>2⇒CA10</p> <p>3⇒CA10</p> <p>6⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p> |
| <p>CA9A. Vérifier CA6A : A eu de la fièvre</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant a eu de la fièvre ⇒ Continuer avec CA10</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de fièvre ou NSP ⇒ Aller à 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>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ?</p> <p><i>Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne pas suggérer de réponse.</i></p> <p><i>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p> | <p>Secteur public Hôpital A Centre de santé/Polyclinique B Poste de santé C Agent de santé communautaire D Clinique mobile/communautaire E Autre médical public _____ H</p> <p>Secteur médical privé Clinique privée I Médecin privé J Pharmacie privée K Clinique mobile L Autre médical privé _____ O</p> <p>Autre source Parent (e)/ Ami (e) P Boutique Q Praticien traditionnel R</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ X</p> | |
| <p>CA12. A N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT LA MALADIE, EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</p> | <p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p> | <p>2 ⇒ CA14 8 ⇒ CA14</p> |
| <p>CA13. QUEL(S) MEDICAMENT(S) A-T-ON DONNE A (nom) ?</p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</p> <p><i>Encercler tous les médicaments donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p> | <p>Anti-paludéens : SP / Fansidar A Chloroquine B Amodiaquine C Quinine D Combinaison avec Artémisinine E Autre anti-paludéen H NSP K</p> <p>Antibiotiques: Comprimés /gélules (bactrim, amoxicilline, ou autres) G Sirop (bactrim, amoxicilline, ou autres) I Injection J NSP L</p> <p>Autres médicaments : Paracetamol/ Panadol /Acetaminophen . P Aspirine Q Ibuprofen R</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ X NSP Z</p> | |
| <p>CA13A. Vérifier CA13 : Antibiotique mentionné (code I ou J) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec CA13B</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à CA13C</p> | | |

| | |
|--|--|
| <p>CA13B. OU AVEZ-VOUS EU LE (<i>nom du médicament de CA13</i>)?</p> <p><i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nom de l'endroit</i>)</p> | <p>Secteur public</p> <p>Hôpital 11</p> <p>Centre de santé/Polyclinique 12</p> <p>Poste de santé..... 13</p> <p>Agent de santé communautaire..... 14</p> <p>Clinique mobile/communautaire 15</p> <p>Autre médical publique _____ 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique privé..... 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Clinique mobile 24</p> <p>Autre médical privé _____ 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 (préciser) _____ 96</p> |
| <p>CA13C. Vérifier CA13 : Antipaludéens mentionnés (codes A à H) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec CA13D</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à CA14</p> | |
| <p>CA13D. OU AVEZ-VOUS EU LE (<i>nom du médicament de CA13</i>)?</p> <p><i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nom de l'endroit</i>)</p> | <p>Secteur public</p> <p>Hôpital 11</p> <p>Centre de santé/Polyclinique 12</p> <p>Poste de santé..... 13</p> <p>Agent de santé communautaire..... 14</p> <p>Clinique mobile/communautaire 15</p> <p>Autre médical publique _____ 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique privé..... 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Clinique mobile 24</p> <p>Autre médical privé _____ 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 (préciser) _____ 96</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>CA13E. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE A COMMENCE, (<i>nom</i>) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (<i>nom de l'antipaludéen déclaré à CA13</i>)?</p> <p><i>Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à CA13, donner le nom de tous les antipaludéens mentionnés.</i></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 : Age de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant âgé de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec CA15</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant âgé de 3 ou 4 ans ⇒ Aller à UF13</p> | | |
| <p>CA15. LA DERNIERE FOIS QUE (<i>nom</i>) EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?</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 Autre (<i>préciser</i>) 96 NSP 98 | |

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <p>UF13. Enregistrer l'heure.</p> | Heure et minutes __ __ : __ __ | |
|--|--------------------------------------|--|

| |
|---|
| <p>UF14. Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15 Est-ce que l'enquêté(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d'un autre enfant âgé de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?</p> <p><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)</p> <p><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</p> <p><i>Vérifier s'il y a une autre femme, homme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui il faut administrer un questionnaire dans ce ménage.</i></p> |
|---|

| 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 _____ | |
| AN2. Résultat des mesures de la taille en position debout/allongé 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 |
| AN3. Poids de l'enfant | Kilogrammes (kg) ____ . ____ | |
| | Poids non mesuré 99,9 | |
| 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 mesurée 999,9 | ⇒ AN6 |
| AN4A. 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 ? | | |
| <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant. <input type="checkbox"/> 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