



## QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

MICS URBAINE, DAKAR

République du Sénégal

Un peuple-Un but-Une foi

MINISTRE DE L'ECONOMIE DES FINANCES ET DU PLAN



PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS		UF
Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardien (ienne)s (voir liste des membres du ménage, colonne HI15) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (ils) (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 / gardien (ienne) : Nom _____	UF6. Numéro de ligne de la mère / gardien (ienne) : _____	
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / 2015__	
<p><i>Si n'est pas déjà fait, se présenter à la personne qui répond:</i></p> <p>NOUS FAISONS PARTIE DE L'AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE. 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</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>	

ANONYMES.	
<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</i> ⇒ Encercler '03' à UF9. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe.</p>	

<p><b>UF9.</b> Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans :</p> <p>Les codes font référence à la mère/gardien(ne).</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Rempli.....</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">01</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Pas à la maison .....</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">02</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Refusé .....</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">03</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Partiellement rempli.....</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">04</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Incapacité .....</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">05</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Autre (<i>préciser</i>).....</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">96</td> </tr> </table>	Rempli.....	01	Pas à la maison .....	02	Refusé .....	03	Partiellement rempli.....	04	Incapacité .....	05	Autre ( <i>préciser</i> ).....	96
Rempli.....	01												
Pas à la maison .....	02												
Refusé .....	03												
Partiellement rempli.....	04												
Incapacité .....	05												
Autre ( <i>préciser</i> ).....	96												

<p><b>UF10.</b> Contrôlé sur le terrain par (Nom et numéro) :</p> <p>Nom _____</p>
--

<b>12. Enregistrer l'heure.</b>	Heure et minutes.....__ : __	
---------------------------------	------------------------------	--

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

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
<b>BR1.</b> (Nom) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ?  <i>Si oui, demander :</i> PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu ..... 1	1 ⇒ Module Suivant
	Oui, non vu ..... 2	2 ⇒ Module Suivant
	Non ..... 3	
	NSP ..... 8	
<b>BR2.</b> LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE AUPRES DE L'AUTORITE CIVILE (CHEF DE QUARTIER/CHEF DE VILLAGE OU OFFICIER DE L'ETAT CIVIL) ?	Oui ..... 1	1 ⇒ Module Suivant
	Non ..... 2	
	NSP ..... 8	
<b>BR3.</b> SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE (nom) ?	Oui ..... 1	
	Non ..... 2	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		EC
<p><b>EC1.</b> 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><b>EC2.</b> 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] OBJETS DU MENAGE (COMME DES BASSINES, CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ?</p> <p>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.</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><b>EC3.</b> PARFOIS, LES ADULTES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, FAIRE LA LESSIVE, OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES JEUNES ENFANTS.</p> <p>AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE, COMBIEN DE JOURS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ETE:</p> <p>[A] LAISSE SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p>[B] LAISSE A LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT</p>	<p>Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure.....__</p>	

<p>C'EST-A-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS, PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p>Si 'jamais', inscrire '0'. Si 'Ne sait pas', inscrire '8'.</p>	<p>Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure..... _</p>	
<p><b>EC4. Vérifier AG2: Age de l'enfant</b></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><b>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 ?</b></p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	

<p><b>EC7.</b> 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></p> <p>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><b>EC8.</b> 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><b>EC9.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>																																				

	NSP .....8	
<b>EC10.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10?	Oui .....1 Non .....2  NSP .....8	
<b>EC11.</b> 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	
<b>EC12.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST PARFOIS TROP MALADE POUR JOUER ?	Oui .....1 Non .....2  NSP .....8	
<b>EC13.</b> 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	
<b>EC14.</b> 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	
<b>EC15.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui .....1 Non .....2  NSP .....8	
<b>EC16.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?	Oui .....1 Non .....2  NSP .....8	
<b>EC17.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST FACILEMENT DISTRAIT?	Oui .....1 Non .....2  NSP .....8	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE		BD
<b>BD1. Vérifier AG2: Age de l'enfant</b> <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		
<b>BD2. EST-CE QUE (nom) A ETE ALLAITE ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	2 ⇒ BD4  8 ⇒ BD4
<b>BD3. EST-CE QUE (nom) EST ENCORE ALLAITE ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	
<b>BD4. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	
<b>BD5. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	
<b>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?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	
<b>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.</b>  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] BOUILLON CLAIR / SOUPE CLAIRE (SOUPÉDIEUNE, SOUPEYAPP, BOUILLON DE LEGUMES)?	Bouillon	1	2	8
[D] DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?	Lait	1	2	8
<i>Si oui : 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 lait bu			—
[E] UNE PREPARATION DE LAIT MATERNISE POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE?	Lait maternisé pour bébé	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

<b>BD8. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) ALIMENTS QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. A 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.</b>					
EST-CE QUE (nom) A MANGE (Nom de l'aliment) HIER DURANT LE JOUR OU LA NUIT :			O	N	NSP
[A] YAOURT?	Yaourt	1	2	8	
<i>Si Oui: COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A MANGE/BU DU YAOURT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois a mangé/bu yaourt			—	
[B] N'IMPORTE QUELLE NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBE, COMME CERELAC, BABYLAC, BLEDINE ETC?	Cerelac	1	2	8	
[C] DU PAIN, RIZ, PATES, BOUILLIE, TIAKRY, LAX, FONDE 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 LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE (COMME LES EPINARDS, LES FEUILLES DE BISSAP, LES FEUILLES DE PATATE DOUCE, LES FEUILLES DE MANIOC, LES FEUILLES DE NEBEDAY) ?	Légumes à feuilles vert foncé	1	2	8
[G] DES MANGUES/PAPAYES MURES, JUJUBE SOUMPOU ?	Mangues mûres	1	2	8
[H] N'IMPORTE QUELS AUTRES FRUITS OU LEGUMES?	Autres fruits et légumes	1	2	8
[I] DU FOIE, DES ROGNONS, DU CŒUR OU TOUT AUTRE ABAT?	Foie, rognons, cœur ou autres abats	1	2	8
[J] DE LA VIANDE DE BŒUF, PORC, AGNEAU, CHEVRE, POULET OU CANARD ?	Viande de bœuf, porc, agneau, chèvre, etc.	1	2	8
[K] DES ŒUFS?	Œufs	1	2	8
[L] DU POISSON FRAIS OU SECHE OU DES FRUITS DE MER ?	Poisson frais ou séché	1	2	8
[M] N'IMPORTE QUELS ALIMENTS A BASE DE HARICOTS, POIS, LENTILLES, ARACHIDES OU AUTRES 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 ? <i>Préciser</i> _____	Autres aliments solides, semi-solides, ou mous	1	2	8
<b>BD9. Vérifier BD8 (Catégories "A" jusqu'à "O")</b>				
<input type="checkbox"/> Au moins un "Oui" ou toutes "NSP" ⇒ Aller à BD11				
<input type="checkbox"/> Sinon ⇒ Continuer avec BD10				
<b>BD10. Insister pour déterminer si l'enfant a mangé des aliments solides, semi solides ou mous, hier pendant le jour ou la nuit ?</b> <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				
<b>BD11. COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL MANGÉ DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI SOLIDES OU MOUS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?</b> <i>Si 7 FOIS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.</i>	Nombre de fois.....	___		
	NSP.....	8		

VACCINATIONS		IM
Si un carnet/carte de vaccination est disponible, recopier les dates à IM3 pour chaque vaccination et Vitamine A enregistrées sur le carnet/carte. Les questions IM6-IM17 ne seront posées que si un carnet/carte n'est pas disponible.		
<b>IM1. AVEZ-VOUS UN CARNET/CARTE OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTRÉES? (Si Oui) PUIS-JE LE/LA VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?</b>	Oui, vu ..... 1 Oui, non vu ..... 2 Pas de carte ..... 3	1 ⇒ IM3 2 ⇒ IM6
<b>IM2. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN CARNET/CARTE DE VACCINATION POUR (nom) ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	1 ⇒ IM6 2 ⇒ IM6

IM3. (a) Copier les dates de chaque vaccin de la carte. (b) Ecrire '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	VPO0							
POLIO 1	VPO1							
POLIO 2	VPO2							
POLIO 3	VPO3							
DTC-HEP-HIB	PENTA1							
DTC-HEP-HIB	PENTA2							
DTC-HEP-HIB	PENTA3							
PNEUMOCOQUE	PNEUMO 1							
PNEUMOCOQUE	PNEUMO 2							
PNEUMOCOQUE	PNEUMO 3							
ROTAVIRUS	ROTA 1							
ROTAVIRUS	ROTA 2							
ROUGEOLE-RUBEOLE (RR)	RR1							
ROUGEOLE-RUBEOLE (RR)	RR2							
FIEVRE JAUNE	FJ							
VITAMINE A (DES SIX MOIS)	VITA1							
VITAMINE A (DEUXIEME DOSE)	VITA2							
<b>IM4. Vérifier IM3. Est-ce que tous les vaccins (de BCG à fièvre jaune) sont enregistrés ?</b> <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à IM19 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec IM5								
<b>IM5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CETTE CARTE, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ?</b>  <input type="checkbox"/> Oui ⇒ retourner à IM3, insister sur ces vaccinations et écrire '66' dans la colonne jour correspondante de chaque vaccin mentionné. Quand complété, passer à IM19  <input type="checkbox"/> Non/NSP ⇒ Aller à IM19								

<b>IM6.</b> 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
<b>IM7.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS LE BRAS OU L’EPAULE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>IM8.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE LA POLIO ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒IM11A 8⇒IM11A
<b>IM9.</b> 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	
<b>IM10.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois .....__	
<b>IM11A.</b> EST-CE QUE ( <i>NOM</i> ) A DEJA REÇU « LE VACCIN PENTA» – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE GAUCHE POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA DIPHTERIE, LE TETANOS, LA COQUELUCHE, L’HEPATITE B, ET L’HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒IM12A 8⇒IM12A
<b>IM11B.</b> COMBIEN DE FOIS ( <i>nom</i> ) A REÇU « LE VACCIN PENTA» – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE GAUCHE POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA DIPHTERIE, LE TETANOS, LA COQUELUCHE, L’HEPATITE B, ET L’HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B ?	Nombre de fois .....__	
<b>IM12A.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A REÇU « LE VACCIN PNEUMO» – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE DROITE POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA PNEUMONIE (INFECTION PNEUMOCOQUE) ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒IM12C 8⇒IM12C
<b>IM12B.</b> COMBIEN DE FOIS ( <i>nom</i> ) A REÇU « LE VACCIN PNEUMO» – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE DROITE POUR LUI EVITER DE CONTRACTER	Nombre de fois .....__	

LA PNEUMONIE (INFECTION PNEUMOCOQUE) ?		
<b>IM12C.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU UN VACCIN CONTENU DANS UN FLACON A BOIRE EN UNE SEULE PRISE POUR LE/LA PROTEGER CONTRE LA DIARRHEE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒IM16 8⇒IM16
<b>IM12D.</b> COMBIEN DE FOIS( <i>nom</i> ) A REÇU LE VACCIN CONTRE LA DIARRHEE ?	Nombre de fois .....	
<b>IM16.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE/RUBEOLE (OU RR) C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS GAUCHE A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒IM17 8⇒IM17
<b>IM16A.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA ROUGEOLE/RUBEOLE A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois .....	
<b>IM17.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIEVRE JAUNE - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS DROIT A L'AGE DE 9MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? <i>Insister en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.</i>	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	

<b>IM19.</b> Dites-moi, s'il vous plaît, si ( <i>nom</i> ) a participé 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:		O N NSP
[A] MAI 2013 campagne préventive contre la poliomyélite, VPO	Mai 2013/Polio/VPO.....	1 2 8
[B] Octobre 2013 campagne préventive contre la poliomyélite, VPO	Octobre 2013/Polio/VPO.....	1 2 8
[C] Novembre 2013 campagne préventive contre la rougeole, ROR	Novembre 2013/rougeole/ROR.....	1 2 8
[D] Janvier 2014 campagne de supplémentation en vitamine A et de déparasitage, VITA et MENDENDAZOL	Janvier 2014/vit A et déparasitage/VITA/MENDEN.....	1 2 8
[E] Juin 2014 campagne de supplémentation en vitamine A et déparasitage, VITA et ALDENDAZOL	Juin 2014/vit A et déparasitage/VITA/MENDEN.....	1 2 8
[F] Octobre- Novembre 2014 campagne préventive contre la poliomyélite, VPO	Octobre-novembre 2014/Polio/VPO..	1 2 8

TRAITEMENT DES MALADIES		
<b>CA1.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	 2⇒CA6A  8⇒CA6A
<b>CA2.</b> 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 REÇU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?  <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins ..... 1 Un peu moins ..... 2 Environ la même quantité ..... 3 Plus ..... 4 Rien à boire ..... 5  NSP ..... 8	
<b>CA3.</b> PENDANT QUE ( <i>nom</i> ) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE REÇU 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, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins ..... 1 Un peu moins ..... 2 Environ la même quantité ..... 3 Plus ..... 4 A stoppé nourriture ..... 5 N'a jamais donné à manger ..... 6  NSP ..... 8	
<b>CA3A.</b> AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT CONTRE LA DIARRHEE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	 2⇒CA4  8⇒CA4
<b>CA3B.</b> OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?  <i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ?	Secteur public Hôpital ..... A Centre de santé ..... B Poste de santé ..... C Agent de santé communautaire ..... D Service d'urgence mobile publique ..... F	

<p>Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne PAS suggérer de réponse.</p> <p>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Autre médical publique (<i>préciser</i>) .....H</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé ..... I</p> <p>Médecin privé.....J</p> <p>Pharmacie privée ..... K</p> <p>Service d'urgence mobile privé..... M</p> <p>Autre médical prive (<i>préciser</i>) O</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) ..... P</p> <p>Boutique .....Q</p> <p>Praticien traditionnel ..... R</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) X</p>	
---	---	--

<p><b>CA4.</b> AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS:</p> <p>[A] UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SPECIAL APPELE SRO ?</p> <p>[B] UN LIQUIDE SRO PRE-CONDITIONNE POUR LA DIARRHEE ?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Liquide sachet SRO ..... 1 2 8</p> <p>Liquide SRO pré conditionné ..... 1 2 8</p>	
<p><b>CA4A.</b> Vérifier CA4 : SRO</p> <p><input type="checkbox"/> SRO a été donné à l'enfant ('oui' encerclé à A ou B dans CA4) ⇒ Continuer avec CA4B</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SRO n'a pas été donné à l'enfant ⇒ ALLER A CA4C</p>		
<p><b>CA4B.</b> OU AVEZ-VOUS EU LE SRO ?</p> <p>Insister pour identifier le type d'endroit.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</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 ..... 12</p> <p>Poste de santé ..... 13</p> <p>Agent de santé communautaire ..... 14</p> <p>Service d'urgence mobile publique ..... 17</p> <p>Autre médical publique (<i>préciser</i>) ..... 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé ..... 21</p> <p>Médecin privé ..... 22</p> <p>Pharmacie privée ..... 23</p> <p>Service d'urgence mobile privé ..... 25</p> <p style="padding-left: 40px;">Autre médical privé (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) ..... 31</p> <p>Boutique ..... 32</p> <p>Praticien traditionnel ..... 33</p> <p>En avait déjà à la maison ..... 40</p> <p style="text-align: right;">Autre (<i>préciser</i>) 96</p>	
<p><b>CA4C.</b> DURANT LE TEMPS OU (<i>nom</i>) A EU LA</p>		

DIARRHEE, LUI A-T-ON DONNE :	O	N	NSP
[A] DES COMPRIMES DE ZINC ?	Comprimés de Zinc .....	1	2 8
[B] DU SIROP DE ZINC ?	Sirop de Zinc .....	1	2 8

**CA4D.** Vérifier CA4C: A eu du zinc?

L'enfant a eu du zinc ('Oui' encerclé à 'A' ou 'B' dans CA4C) ⇒ Continuer avec CA4E

L'enfant n'a pas eu de zinc ⇒ Aller à CA4F

<p><b>CA4E. OU AVEZ-VOUS EU LE ZINC ?</b></p> <p>Insister pour identifier le type d'endroit.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital ..... 11</p> <p>Centre de santé..... 12</p> <p>Poste de santé ..... 13</p> <p>Agent de santé communautaire ..... 14</p> <p>Service d'urgence mobile publique ..... 17</p> <p>Autre médical publique (<i>préciser</i>) ..... 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé ..... 21</p> <p>Médecin privé..... 22</p> <p>Pharmacie privée ..... 23</p> <p>Service d'urgence mobile privé ..... 25</p> <p>Autre médical privé (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) ..... 31</p> <p>Boutique ..... 32</p> <p>Praticien traditionnel ..... 33</p> <p>En avait déjà à la maison ..... 40</p> <p>Autre (<i>préciser</i>)96</p>	
<p><b>CA4F. AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS :</b></p> <p>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</p> <p>[A] UN LITRE D'EAU MELANGE A UNE CUILLERE A CAFE DE SEL ET QUATRE MORCEAUX DE SUCRE</p> <p>[B] EAU DE RIZ LEGERE (NDOKHOUSOMBI)</p> <p>[C] JUS DE PAIN DE SINGE LEGER</p>	<p>O N NSP</p> <p>Eau salée- sucrée ..... 1 2 8</p> <p>Eau de riz légère..... 1 2 8</p> <p>Jus de pain de singe léger ..... 1 2 8</p>	

<p><b>CA5.</b> EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ETE DONNE POUR TRAITER LA DIARRHEE ?</p>	<p>Oui..... 1                  Non..... 2                  NSP ..... 8</p>	<p>2⇒CA6A                  8⇒CA6A</p>
<p><b>CA6.</b> 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                  Antibiotique .....A                  Anti motilité.....B                  Autre (pas antibiotique, anti motilité ou zinc).....G                  Comprimé ou sirop inconnu .....H</p> <p>Injection                  Antibiotique .....L                  Non-antibiotique .....M                  Injection inconnue .....N</p> <p>Intraveineuse .....O</p> <p>Remède maison/ herbes médicinales.....Q</p> <p>Autre (<i>préciser</i>)X</p>	
<p><b>CA6A.</b> EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (<i>nom</i>) A EU DE LA FIEVRE A N'IMPORTE QUEL MOMENT ?</p>	<p>Oui..... 1                  Non..... 2                  NSP ..... 8</p>	<p>2⇒CA7                  8⇒CA7</p>
<p><b>CA6B.</b> 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 ?</p>	<p>Oui..... 1                  Non..... 2                  NSP ..... 8</p>	<p>2⇒CA7                  8⇒CA7</p>
<p><b>CA6C.</b> EST-CE QUE LE TEST A CONCLU QUE VOTRE ENFANT SOUFFRAIT DU PALUDISME ?</p>	<p>Oui..... 1                  Non..... 2                  NSP ..... 8</p>	
<p><b>CA7.</b> EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (<i>nom</i>) A ETE MALADE AVEC DE LA TOUX ?</p>	<p>Oui..... 1                  Non..... 2                  NSP ..... 8</p>	<p>2⇒CA9A                  8⇒CA9A</p>
<p><b>CA8.</b> QUAND (<i>nom</i>) ETAIT MALADE AVEC DE LA</p>	<p>Oui..... 1</p>	

<p>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>Non..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>2⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>
<p><b>CA9.</b> 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 style="text-align: right;">Autre (<i>préciser</i>)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><b>CA9A.</b> 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 ⇒ Aller à CA14</p>		
<p><b>CA10.</b> 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><b>CA11.</b> OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</p> <p><i>Insister :</i></p> <p>NULLE PART AILLEURS ?</p> <p>Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne pas suggérer de réponse.</p> <p>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</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 communautaire .....D</p> <p>idem</p> <p>Autre médical publique (<i>préciser</i>) .....H</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé ..... I</p> <p>Médecin privé..... J</p> <p>Pharmacie privée .....K</p> <p>Service d'urgence mobile privé..... M</p> <p>Autre médical prive (<i>préciser</i>) O</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) ..... P</p> <p>Boutique ..... Q</p>	

	Praticien traditionnel .....R	
	<i>Autre (préciser) X</i>	
<b>CA12.</b> A N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT LA MALADIE, EST-CE QU'ON A DONNE A ( <i>nom</i> ) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	Oui..... 1	
	Non..... 2	2⇒CA14
	NSP..... 8	8⇒CA14

<p><b>CA13.</b> QUEL(S) MEDICAMENT(S) A-T-ON DONNE A (nom) ?</p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</p> <p>Encercler tous les médicaments donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Antipaludéens :</p> <p>SP / Fansidar ..... A</p> <p>Chloroquine ..... B</p> <p>Amodia quine..... C</p> <p>Quinine ..... D</p> <p>Combinaison avec Artémisinine ..... E</p> <p>Autre antipaludéen (préciser) 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>Ibuprofène ..... R</p> <p>Autre (préciser) X</p> <p>NSP ..... Z</p>	
<p><b>CA13A.</b> 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><b>CA13B.</b> OU AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13)?</p> <p>Insister pour identifier le type d’endroit.</p> <p>Si ce n’est pas possible de déterminer si l’endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l’endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l’endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital..... 11</p> <p>Centre de santé ..... 12</p> <p>Poste de santé..... 13</p> <p>Agent de santé communautaire..... 14</p> <p>Service d’urgence mobile publique..... 17</p> <p>Autre médical publique (préciser)..... 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé ..... 21</p> <p>Médecin privé ..... 22</p> <p>Pharmacie privée ..... 23</p> <p>Service d’urgence mobile privé ..... 25</p>	

	<p style="text-align: right;">Autre médical privé (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) .....31</p> <p>Boutique .....32</p> <p>Praticien traditionnel .....33</p> <p>En avait déjà à la maison .....40</p> <p style="text-align: right;">Autre (<i>préciser</i>)96</p>	
<p><b>CA13C.</b> 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><b>CA13D.</b> OU AVEZ-VOUS EU LE (<i>nom du médicament de CA13</i>)?</p> <p>Insister pour identifier le type d'endroit.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital..... 11</p> <p>Centre de santé ..... 12</p> <p>Poste de santé..... 13</p> <p>Agent de santé communautaire ..... 14</p> <p>Service d'urgence mobile publique ..... 17</p> <p>Autre médical publique (<i>préciser</i>)..... 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé .....21</p> <p>Médecin privé .....22</p> <p>Pharmacie privée .....23</p> <p>Service d'urgence mobile privé .....25</p> <p style="text-align: right;">Autre médical privé (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) .....31</p> <p>Boutique .....32</p> <p>Praticien traditionnel .....33</p> <p>En avait déjà à la maison .....40</p> <p style="text-align: right;">Autre (<i>préciser</i>)96</p>	
<p><b>CA13E.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE A</p>	<p>Même jour .....0</p>	

<p>COMMENCE, (nom) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (nom de l'antipaludéen déclaré à CA13)?</p> <p><i>Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à CA13, donner le nom de tous les antipaludéens mentionnés.</i></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>	
<p><b>CA14. Vérifier AG2 : Age de l'enfant</b></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><b>CA15. LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?</b></p>	<p>Enfant a utilisé toilettes / latrines ..... 01</p> <p>Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines ..... 02</p> <p>Jeté / Rincé dans égout ou rigole ..... 03</p> <p>Jeté aux ordures (déchets solides) ..... 04</p> <p>Enterré ..... 05</p> <p>Lissé à l'air libre ..... 06</p> <p style="text-align: right;">Autre (préciser) 96</p> <p>NSP ..... 98</p>	

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

**UF14. VERIFIER LA LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, COLONNES HL7B ET H15**

*EST-CE QUE L'ENQUETE(E) EST LA MERE OU LE/LA GARDIEN(NE) D'UN AUTRE ENFANT AGE DE 0-4 ANS VIVANT DANS CE MENAGE ?*

*Oui. ⇒ Indiquer à l'enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant plus tard. Aller au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la/au même répondant (e)*

*Non. ⇒ Terminer l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et lui dire que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant avant de quitter le ménage*

*Vérifier s'il y a une autre femme, homme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui il faut administrer un questionnaire dans ce ménage.*

ANTHROPOMÉTRIE		AN
Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant. Enregistrer ci-dessous le poids et la taille/grandeur, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant dans la liste des membres du ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.		
<b>AN1.</b> Nom et code du technicien :	Nom _____	
<b>AN2.</b> 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
<b>AN3.</b> Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg)..... ____ . ____ Poids non mesuré ..... 99,9	
<b>AN3A.</b> 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.		
<b>AN3B.</b> 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).		
<b>AN4.</b> Grandeur ou taille de l'enfant	Grandeur/Taille (cm)..... ____ . ____ Grandeur/Taille pas mesurée ..... 999,9	⇒ AN6
<b>AN4A.</b> Est-ce que l'enfant a été mesuré couché ou debout ?	Couché ..... 1 Debout ..... 2	

<b>AN6.</b> 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.
--