

QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS TOGO

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

UF

Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir colonne HL9 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir colonne HL6 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible.

UF1. Numéro de grappe : !__!__!__!	UF2. Ménage : !__!__!__! !__!__!__! N° concession N° ménage
UF3. Nom de l'enfant: _____	UF4. Numéro de ligne de l'enfant: !__!__!
UF5. Nom de la mère / gardienne: Nom _____	UF6. Numéro de ligne de la mère / gardienne: !__!__! Jour Mois
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice: Nom _____ !__!__!	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview) !__!__! !__!__! 2010
<p>Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtee: NOUS SOMMES DES AGENTS DE LA DIRECTION GENERALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA COMPTABILITE NATIONALE (DGSCN). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE QUELQUES MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET.</p> <p>Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lisez la phrase suivante: MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (nom de l'enfant en UF3). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE QUELQUES MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET.</p>	
<p>PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇒ Allez à UF12 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview.</p> <p><input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ⇒ Complétez UF9. Discutez ce résultat avec votre superviseur.</p>	
UF9. Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans: Les codes font référence à la mère/gardienne.	Rempli..... 01 Pas à la maison..... 02 Refusé..... 03 Partiellement rempli..... 04 Incapacité..... 05 Autre (préciser) 96
UF10. Contrôlé sur le terrain par (Nom et code): Nom _____	UF11. Agent de saisie (Nom et code): Nom _____
UF12. Enregistrez l'heure du début de l'interview.	Heure et minutes..... : ____

AGE

AG

N°	QUESTIONS OU FILTRES	CODES	PASSER A
AG1	<p>MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE DE (nom). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E?</p> <p>Insistez: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE? Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrivez également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour. Le mois et l'année doivent être enregistrés.</p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Jour.....!__!__!</p> <p>NSP Jour98</p> <p>Mois.....!__!__!</p> <p>Année.....!__!__!__!__!</p>	
AG2	<p>QUEL AGE A (nom)? Insistez: QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE? Enregistrez l'âge en années révolues. Si moins de 1 an, enregistrez '0'. Comparez et corrigez AG1 et/ou AG2 si incohérentes.</p>	<p>Âge (en années révolues)!__!</p>	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES

BR

N°	QUESTIONS OU FILTRES	CODES	PASSER A
BR1	(Nom) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE? Si oui, demandez PUIS-JE LE VOIR?	Oui, vu 1 Oui, non vu..... 2 Non 3 NSP 8	1 ⇒ BR2A 2 ⇒ BR2B
BR2	LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ETE ENREGISTRÉE / DÉCLARÉE À L'ÉTAT CIVIL?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1 ⇒ BR2B 2 ⇒ BR3 8 ⇒ BR3
BR2A	Si "oui, vu" au BR1, INSCRIVEZ LA DATE DE L'ENREGISTREMENT MARQUEE SUR LE CERTIFICAT DE NAISSANCE DE (nom)	! _ ! _ ! ! _ ! _ ! ! _ ! _ ! _ ! Jour Mois Année	⇒ Module suivant
BR2B	Si "oui, non vu" au BR1, QUEL AGE A (nom) EN SEMAINE REVOLUES AU MOMENT DE SON ENREGISTREMENT A L'ETAT CIVIL?	Semaine ! _ _ ! 9 semaines ou plus = 9	⇒ Module suivant
BR3	SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ Module suivant
BR4	POURQUOI LA NAISSANCE DE (nom) N'A-T-ELLE PAS ETE ENREGISTREE/DECLAREE?	Coûte trop cher 1 C'est trop loin 2 Ne savait pas qu'elle devait être enregistrée 3 Ne voulait pas payer d'amende 4 Ne sait pas où l'enregistrer 5 Autre (précisez) 6 NSP 8	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

EC

N°	QUESTIONS OU FILTRES	CODES	PASSER A
EC1	COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (nom) ?	Aucun 00 Nombre de livres d'enfant 0_ Dix livres ou plus 10	
EC2	JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (nom) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC: [A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON)? [B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT? [C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES CUVETTES OU CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES)? Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insistez pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.	O N NSP Jouets fabriqué à la maison ... 2 8 Jouets de magasin 2 8 Objets du ménage ou objets du dehors 2 8	
EC3	PARFOIS LES ADULTES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, FAIRE LA LESSIVE, OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES JEUNES ENFANTS. AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE, COMBIEN DE JOURS (nom) A-T-IL/ELLE ETE: [A] LAISSE(E) 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? Si 'jamais, inscrivez '00'. Si 'Ne sait pas', inscrivez '98'.	Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure _ _ Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure.. _ _	

N°	QUESTIONS OU FILTRES	CODES	PASSER A
EC4	Vérifiez AG2: Age de l'enfant <input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuez avec EC5 <input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Allez au Module suivant.		
EC5	(Nom) SUIT-IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'EVEIL, COMME UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 ⇒ EC7 8 ⇒ EC7
EC6	AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (nom) A-T-IL FREQUENTE CET ENDROIT?	Nombre d'heures	— —
EC7	PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE PLUS DE 15 ANS, PARTICIPE AVEC (nom) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES: Si oui, demandez: Qui a participé à cette activité avec (nom)? Encerclez tout ce qui est mentionné [A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (nom) ? [B] RACONTER DES HISTOIRES A (nom) ? [C] CHANTER DES CHANSONS A (nom) OU AVEC (nom) , Y COMPRIS DES BERCEUSES? [D] EMMENER (nom) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE? [E] JOUER AVEC (nom) ? [F] PASSER DU TEMPS AVEC (nom) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER?	Mère Père Autre Personne Lire des livres Raconter des histoires Chanter des chansons Promener Jouer Passer du temps	A B X Y A B X Y A B X Y A B X Y A B X Y
EC8	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. LES ENFANTS NE SE DEVELOPPENT PAS TOUS DE MANIERE IDENTIQUE ET ILS N'APPRENNENT PAS TOUS A LA MEME VITESSE. CERTAINS, PAR EXEMPLE, MARCHENT PLUS TOT QUE D'AUTRES. CES QUESTIONS PORTENT SUR PLUSIEURS ASPECTS DU DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. EST-CE QUE (nom) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC9	EST-CE QUE (nom) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC10	EST-CE QUE (nom) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC11	EST-CE QUE (nom) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC12	EST-CE QU'IL ARRIVE PARFOIS QUE (nom) SOIT TROP MALADE POUR JOUER?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC13	EST-CE QUE (nom) 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 (nom) , EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

N°	QUESTIONS OU FILTRES	CODES	PASSER A
EC15	EST-CE QUE (nom) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC16	EST-CE QUE (nom) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC17	EST-CE QUE (nom) EST FACILEMENT DISTRAIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

ALLAITEMENT**BF**

N°	QUESTIONS OU FILTRES	CODES	PASSER A
BF1	EST-CE QUE (nom) A ETE ALLAITE?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BF3 8⇒BF3
BF2	EST-CE QUE (nom) EST ENCORE ALLAITE?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF3	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER QUELS LIQUIDES (nom) A RECU HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT. JE CHERCHE A SAVOIR SI (nom) A REÇU CE LIQUIDE MEME S'IL ETAIT MELANGE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. EST-CE QUE (nom) A BU DE L'EAU HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF4	EST-CE QUE (nom) A BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDU EN COMMERCE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BF6 8⇒BF6
BF5	COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE?	Nombre de fois _ _	
BF6	EST-CE QUE (nom) 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 NSP 8	2⇒BF8 8⇒BF8
BF7	COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL BU DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL?	Nombre de fois _ _	
BF8	EST-CE QUE (nom) 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 (nom) A BU DE LA SOUPE HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF10	EST-CE QUE (nom) 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 (nom) 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 (nom) A BU D'AUTRES LIQUIDES, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF13	EST-CE QUE (nom) 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 (nom) A T-IL BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Nombre de fois _ _	

N°	QUESTIONS OU FILTRES	CODES	PASSER A
BF15	EST-CE QUE (nom) A BU DE LA BOUILLIE LEGERE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF16	EST-CE QUE (nom) 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 (nom) 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 (nom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

SOINS DES ENFANTS MALADES

CA

N°	QUESTIONS OU FILTRES	CODES	PASSER A
CA1	EST-CE QUE (nom) 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 (nom) DURANT SA DIARRHEE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). PENDANT QUE (nom) AVAIT LA DIARRHEE, A T-IL/ELLE REÇU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE? Si moins, insistez: 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 (nom) 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? Si moins, insistez: 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	
CA4	AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (nom) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS: Lisez à haute voix le nom de chaque produit et enregistrez la réponse avant de passer au produit suivant. [A] UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SPECIAL APPELE (Sachet de solution SRO/Orasel)? [B] UN LIQUIDE SRO PRE CONDITIONNE POUR LA DIARRHEE?	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> NSP Liquide sachet SRO (Orasel)..... 1 2 8 Liquide SRO pré conditionné 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

N°	QUESTIONS OU FILTRES	CODES	PASSER A
CA6	<p>QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHÉE?</p> <p>Insistez: RIEN D'AUTRE?</p> <p>Enregistrez tous les traitements donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</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 (précisez)..... X</p>	
CA7	EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (nom) A ÉTÉ MALADE AVEC DE LA TOUX?	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2 2⇒CA14</p> <p>NSP..... 8 8⇒CA14</p>	
CA8	QUAND (nom) ÉTAIT 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 DIFFICULTÉS POUR RESPIRER?	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2 2⇒CA14</p> <p>NSP..... 8 8⇒CA14</p>	
CA9	LES DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES ÉTAIENT-ELLES DUES À UN PROBLÈME DE BRONCHES, OU À UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT?	<p>Problème de bronches..... 1</p> <p>Nez bouché ou qui coulait..... 2 2⇒CA14</p> <p>Les deux..... 3</p> <p>Autre (précisez)..... 6</p> <p>NSP..... 8 8⇒CA14</p>	
CA10	AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART?	<p>Oui..... 1 2⇒CA12</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP..... 8 8⇒CA12</p>	
CA11	<p>OU AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT?</p> <p>Insistez: NULLE PART AILLEURS?</p> <p>Encerclez tous les endroits mentionnés, Mais ne suggérez PAS de réponse. Insistez pour identifier chaque type d'endroit. Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit.</p> <p>_____ (Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital du gouvernement..... A</p> <p>Centre de santé du gouvernement..... B</p> <p>Poste de santé du gouvernement..... C</p> <p>Agent de santé villageois..... D</p> <p>Clinique mobile/communautaire..... E</p> <p>Autre public (précisez)..... H</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé..... I</p> <p>Médecin privé..... J</p> <p>Pharmacie privée..... K</p> <p>Clinique mobile..... L</p> <p>Autre médical privé (précisez)..... O</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e)..... P</p> <p>Boutique..... Q</p> <p>Praticien traditionnel..... R</p> <p>Autre (précisez)..... X</p>	
CA12	EST-CE QU'ON A DONNÉ À (nom) UN MÉDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE?	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2 2⇒CA14</p> <p>NSP..... 8 8⇒CA14</p>	
CA13	<p>QUEL MÉDICAMENT A-T-ON DONNÉ À (nom)?</p> <p>Insistez: AUCUN AUTRE MÉDICAMENT?</p> <p>Encerclez tous les médicaments donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</p> <p>_____ (Nom des médicaments)</p>	<p>Antibiotique</p> <p>Comprimé / Sirop..... A</p> <p>Injection..... B</p> <p>Antipaludéens..... M</p> <p>Paracétamol/Panadol/ Acétaminophène..... P</p> <p>Aspirine..... Q</p> <p>Ibuprofène..... R</p> <p>Autre (précisez)..... X</p> <p>NSP..... Z</p>	

N°	QUESTIONS OU FILTRES	CODES	PASSER A
CA14	Vérifiez AG2: enfant de moins de 3 ans? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuez avec CA15 <input type="checkbox"/> NON. ⇒ ALLEZ AU MODULE SUIVANT		
CA15	LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?	Enfant a utilisé toilettes / latrines01 Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines 02 Jeté / Rincé dans égout ou rigole03 Jeté aux ordures (déchets solides)04 Enterré05 Laisser à l'air libre.....06 Autre (précisez)..... 96 NSP98	

PALUDISME**ML**

N°	QUESTIONS OU FILTRES	CODES	PASSER A
ML1	A N'IMPORTE QUEL MOMENT, AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE (nom) A ETE MALADE AVEC DE LA FIEVRE?	Oui 1 Non2 NSP8	2⇒Module suivant 8⇒Module suivant
ML2	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?	Oui 1 Non2 NSP8	
ML3	AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT QUELQUE PART OU AUPRES DE QUELQU'UN POUR LA MALADIE?	Oui 1 Non2 NSP8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML4	EST-CE QUE (nom) A ETE EMMENE DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE DURANT SA MALADIE?	Oui 1 Non2 NSP8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML5	EST-CE QUE L'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME DANS CET ETABLISSEMENT DE SANTE?	Oui 1 Non2 NSP8	2⇒ML7 8⇒ML7
ML6	QUEL MEDICAMENT A-T- ON DONNE A (nom)? Insistez: AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? Encerclez tous les médicaments mentionnés. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments. _____ (Nom des médicaments)	Antipaludéens: SP / Fansidar.....A Chloroquine.....B AmodiaquineC QuinineD Combinaison avec Artémisinine.....E DBC Antipaludéen spécifique au Togo F Autre antipaludéen (précisez).....H Antibiotiques Comprimés / Sirop.....I InjectionJ Autres médicaments: Paracétamol/ Panadol / AcétaminophenP Aspirine.....Q IbuprofenR Autre (précisez).....X NSPZ	
ML7	EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE?	Oui 1 Non2 NSP8	1⇒ML9 2⇒ML10 8⇒ML10
ML8	EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AU COURS DE CETTE MALADIE?	Oui 1 Non2 NSP8	2⇒ML10 8⇒ML10

N°	QUESTIONS OU FILTRES	CODES	PASSER A	
ML9	<p>QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (nom)?</p> <p>Insistez:</p> <p>AUCUN AUTRE MEDICAMENT?</p> <p>Encerclez tous les médicaments mentionnés. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments.</p> <p>_____ (Nom des médicaments)</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 Togo F</p> <p>Autre antipaludéen (précisez).....H</p> <p>Antibiotiques</p> <p>Comprimés / Sirop I</p> <p>Injection J</p> <p>Autres médicaments:</p> <p>Paracétamol/ Panadol/</p> <p>Acetaminophen P</p> <p>Aspirine..... Q</p> <p>IbuprofenR</p> <p>Autre (précisez).....X</p> <p>NSPZ</p>		
ML10	<p>Vérifiez ML6 et ML9: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuez avec ML11.</p> <p><input type="checkbox"/> NON.⇒ ALLEZ AU MODULE SUIVANT.</p>			
ML11	<p>COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE AIT COMMENCE, (nom) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (nom de l'antipaludéen déclaré à ML6 ou ML9)?</p> <p>Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à ML6 ou ML9, donnez le nom de tous les antipaludéens mentionnés.</p> <p>Enregistrez combien de temps après le début de la fièvre le premier antipaludéen a été donné.</p>	<p>Même jour0</p> <p>Jour suivant..... 1</p> <p>2 jours après début de la fièvre2</p> <p>3 jours après début de la fièvre3</p> <p>4 jours ou plus après début de la fièvre4</p> <p>NSP8</p>		

VACCINATIONS

IM

N°	QUESTIONS OU FILTRES	CODES	PASSER A
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-IM17 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 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	DTCOQ 1	
	DTCOQ 2	DTCOQ 2	
	DTCOQ 3	DTCOQ 3	
	HEPB A LA NAISSANCE	H0	
	HEPB1	H1	
	HEPB2	H2	
	HEPB3	H3	
	PENTA VALENT 1	PENT1	
	PENTA VALENT 2	PENT2	
	PENTA VALENT 3	PENT3	
	ROUGEOLE (OU ROR)	ROUG.	
	FIEVRE JAUNE	FJ	
	VITAMINE A (DOSE LA PLUS RECENTE)	VITA	
IM4	Vérifiez IM3. Est-ce que toutes les vaccinations (du BCG à la Fièvre Jaune) 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? Enregistrez 'Oui' seulement si l'enquêtée mentionne des vaccins qui figurent dans le tableau ci-dessus.	Oui 1 (Insistez pour les vaccins et inscrivez '66' à la colonne jour correspondante pour chaque vaccin mentionné. Ensuite, sautez à IM18.) 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	

N°	QUESTIONS OU FILTRES	CODES	PASSER A
IM8	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER 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 __	
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? Insistez en précisant que le vaccin du DTCoq est parfois donné en même temps que la polio.	Oui 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒IM13 8⇒IM13
IM12	COMBIEN DE FOIS LE VACCIN 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 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.	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 __	
IM15A	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU « LE VACCIN PENTA VALENT » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE LA DIPHTERIE, L'HEPATITE B ET L'HAEMOPHILUS INFLUENZAE B?	Oui 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒IM16 8⇒IM16
IM15B	COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PENTA VALENT 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	
IM17	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIEVRE JAUNE - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE? Insistez en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin contre la rougeole.	Oui 1 Non..... 2 NSP 8	
IM18	EST-CE QUE (nom) A REÇU UNE DOSE DE VITAMINE A DOSE COMME CELA DANS LES 6 DERNIERS MOIS? Montrez les types d'ampoules/ capsule / sirops les plus communs.	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: [A] 1,2, ET 3 AVRIL 2010/ CAMPAGNE POLIO SEULE [B] 14, 15 ET 16 MAI 2010/ CAMPAGNE POLIO+ VITA + MEBENDAZOLE	O N NSP Campagne A 1 2 8 Campagne B 1 2 8	

N°	QUESTIONS OU FILTRES	CODES	PASSER A
UF13.	Enregistrez l'heure de fin de l'interview.	Heure et minutes..... __ : __	
UF14.	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p>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.</p> <p>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.</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 2⇒AN6 Enfant ou gardienne a refusé 3 3⇒AN6 Autre (précisez)..... 6 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 2 ans. ⇒ Mesurez la taille (position allongée). Taille (cm) Position allongée..... 1 __ . __ <input type="checkbox"/> Enfant de 2 ans ou plus. ⇒ Mesurez la taille (position debout). Taille (cm) Position debout 2 __ . __ O N Bâton de mesure utilisé..... 1 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. <input type="checkbox"/> Enregistrez les mesures pour l'enfant suivant. • Non. <input type="checkbox"/> 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.	
Observations de l'enquêteur/enquêtrice	
Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain	
Observations du superviseur	