

CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS		UB
UB0. Avant que je commence l'interview, pourriez-vous apporter, SVP, le <i>certificat de naissance de (Nom)</i> , sa <i>carte/carnet de vaccination</i> ou toute <i>carte de vaccination d'un agent de santé privé</i> ? Nous aurons besoin de nous référer à ces documents.		
UB1. En quel jour, quel mois et quelle année (<i>nom</i>) est-il/elle né(e) ? <i>Insister:</i> Quand est son anniversaire ? Si la mère/gardien(ne) connaît la date de naissance exacte, enregistrer aussi le jour de naissance ; sinon, encercler '98' pour jour. Les Mois et Année <u>doivent</u> être enregistrés.	DATE DE NAISSANCE JOUR __ __ NSP JOUR 98 MOIS __ __ ANNÉE <u>2 0 1</u> __	
UB2. Quel âge a (<i>nom</i>) ? <i>Insister:</i> Quel âge a eu (<i>nom</i>) à son dernier anniversaire ? Enregistrer l'âge en années révolues. Enregistrer '0' Si moins d'un an. Si les réponses à UB1 et UB2 sont incohérentes, insister et corriger.	AGE (EN ANNÉES REVOLUES) __	
UB3. Vérifier UB2: âge de l'enfant ?	0, 1, OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2	1 ⇨ UB9
UB4. Vérifier le numéro de ligne du/de la répondant(e) (UF4) et celui du/de la répondant(e) au MENAGE QUESTIONNAIRE (HH47) :	REPONDANTE EST LA MEME, UF4=HH47 1 REPONDANTE N'EST PAS LA MEME UF4#HH47 2	2 ⇨ UB6
UB5. Vérifier ED10 dans le MODULE EDUCATION DU QUESTIONNAIRE MENAGE: est-ce que l'enfant fréquente un programme d'éducation pré-primaire pendant l'année scolaire actuelle?	OUI, ED10=0 1 NON, ED10#0 OU VIDE 2	1 ⇨ UB8B 2 ⇨ UB9
UB6. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà fréquenté un programme d'éducation pré-primaire, tel que l'école maternelle ou jardin d'enfants?	OUI 1 NON 2	2 ⇨ UB9
UB7. A n'importe quel moment depuis octobre 2016, a-t-il/elle assisté à (programmes mentionnés à UB6) ?	OUI 1 NON 2	1 ⇨ UB8A 2 ⇨ UB9
UB8A. Est-ce qu'il/elle fréquente actuellement un (programme mentionné à UB6) ? UB8B. Vous avez mentionné que (<i>nom</i>) a fréquenté un programme d'éducation pré-primaire cette année scolaire. Est-ce qu'il/elle participe actuellement à ce programme ?	OUI 1 NON 2	
UB9. Est-ce que (<i>nom</i>) est couvert (e) par une assurance santé ?	OUI 1 NON 2	2 ⇨ Fin
UB10. Par quel type d'assurance santé (<i>nom</i>) est-il/elle couvert (e) ? <i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i>	ORGANISATION MUTUELLE DE SANTE/ ASSURANCE SANTE A BASE COMMUNAUTAIRE A ASSURANCE SANTE DE L'EMPLOYEUR B SECURITE SOCIALE C AUTRE ASSURANCE SANTE PRIVEE ACHETEE D AUTRE (<i>préciser</i>) X	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
BR1. Est-ce que (<i>nom</i>) a un certificat de naissance ? <i>Si OUI, demander:</i> Puis-je le voir s'il vous plait?	OUI, VU.....1 OUI, PAS VU.....2 NON.....3 NSP8	1 ⇒BR2A 2 ⇒BR2B
BR2. La naissance de (<i>nom</i>) a-t-elle été enregistrée/déclarée auprès de l'autorité civile/ l'état civil ?	OUI1 NON.....2 NSP8	1 ⇒BR2B 2 ⇒BR3 8 ⇒BR3
BR2A. Si "Oui, vu" au BR1, <i>inscrire la date d'enregistrement marquée sur le certificat de naissance de (nom).</i>	DATE D'ENREGISTREMENT JOUR __ __ ⇒Fin JOUR ILLISIBLE98 MOIS..... __ __ MOIS ILLISIBLE98 ANNEE <u>2 0 1</u> — ANNEE ILLISIBLE9998	
BR2B. Quel âge avait (<i>nom</i>) au moment de son enregistrement à l'état civil ? <i>Enregistrer en jour si l'âge est inférieur à 2 mois</i>	JOUR __ __ MOIS..... __ __ ANNÉE..... __ __ NSP98	⇒Fin
BR3. Savez-vous comment enregistrer la naissance de (<i>nom</i>) ?	OUI1 NON.....2	

DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE		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 POUR ENFANTS..... <u>0</u> ____</p> <p>10 LIVRES OU PLUS 10</p>	
<p>EC2. Je voudrais savoir avec quoi (<i>nom</i>) joue quand il/elle est à la maison.</p> <p>Est-ce qu'il/elle joue avec :</p> <p>[A] des jouets fabriqués à la maison comme des poupées, voitures ou autres jouets fabriqués à la maison ?</p> <p>[B] des jouets d'un magasin ou des jouets d'un fabricant ?</p> <p>[C] des objets du ménage (comme des bassines, casseroles), ou des objets trouvés dehors (comme des bâtons, pierres, animaux, coquilles ou feuilles) ?</p>	<p>O N NSP</p> <p>JOUETS FABRIQUES A LA MAISON..... 1 2 8</p> <p>JOUETS D'UN MAGASIN..... 1 2 8</p> <p>OBJETS DU MENAGE OU DE 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 passée, combien de jours (<i>nom</i>) a-t-il/elle été:</p> <p>[A] Laissé (e) seul(e) pour plus d'une heure ?</p> <p>[B] Laissé (e) sous la garde d'un autre enfant, c'est-à-dire quelqu'un de moins de 10 ans, pour plus d'une heure?</p> <p>Si 'Aucun', enregistrer '0'. Si 'NSP', enregistrer '8'.</p>	<p>NOMBRE DE JOURS LAISSE SEUL POUR PLUS D'UNE HEURE..... ____</p> <p>NOMBRE DE JOURS LAISSE SOUS LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT POUR PLUS D'UNE HEURE..... ____</p>	
<p>EC4. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?</p>	<p>ÂGE 0, 1, OU 2 ANS 1</p> <p>ÂGE 3 OU 4 ANS 2</p>	1 ⇒ Fin

<p>EC5. Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du ménage de 15 ans ou plus, participé avec (nom) à l'une des activités suivantes :</p> <p><i>Si 'OUT', demander :</i> Qui a participé à cette activité avec (nom) ?</p> <p><i>Une mère ou un père adoptif vivant dans le Ménage qui a participé avec l'enfant doit être codé comme mère ou père.</i></p> <p><i>Enregistrer tout ce qui s'applique.</i></p> <p><i>'PERSONNE' ne peut être enregistré s'il y a un membre du ménage de plus de 15 ans qui a participé à cette activité avec l'enfant.</i></p> <p>[A] Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (nom) ?</p> <p>[B] Raconter des histoires à (nom) ?</p> <p>[C] Chanter des chansons avec ou à (nom), y compris des berceuses ?</p> <p>[D] Emmener (nom) en dehors de la maison ?</p> <p>[E] Jouer avec (nom) ?</p> <p>[F] Nommer, compter ou dessiner des choses avec (nom) ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>MÈRE</th> <th>PÈRE</th> <th>AUT R E</th> <th>PERSONNE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LIRE DES LIVRE S</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>RACON TER DES HISTO IRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>CHANT ER DES CHAN SONS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>L'EMME NER DEHO RS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>JOUER AVEC</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>NOMME R, COMP TER, DESSI NER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		MÈRE	PÈRE	AUT R E	PERSONNE	LIRE DES LIVRE S	A	B	X	Y	RACON TER DES HISTO IRES	A	B	X	Y	CHANT ER DES CHAN SONS	A	B	X	Y	L'EMME NER DEHO RS	A	B	X	Y	JOUER AVEC	A	B	X	Y	NOMME R, COMP TER, DESSI NER	A	B	X	Y	
	MÈRE	PÈRE	AUT R E	PERSONNE																																	
LIRE DES LIVRE S	A	B	X	Y																																	
RACON TER DES HISTO IRES	A	B	X	Y																																	
CHANT ER DES CHAN SONS	A	B	X	Y																																	
L'EMME NER DEHO RS	A	B	X	Y																																	
JOUER AVEC	A	B	X	Y																																	
NOMME R, COMP TER, DESSI NER	A	B	X	Y																																	
<p>EC6. Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé et le développement de votre enfant. Les enfants ne se développent pas tous de manière identique et ils n'apprennent pas tous à la même vitesse. Certains, par exemple, marchent plus tôt que d'autres. Ces questions portent sur plusieurs aspects du développement de votre enfant.</p> <p>Est-ce que (nom) connaît ou peut citer au moins dix lettres de l'alphabet ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>																																				

EC7. Est-ce que (nom) peut lire au moins 4 mots simples et courants ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
EC8. Est-ce que (nom) connaît les noms et les symboles des chiffres de 1 à 10 ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
EC9. Est-ce que (nom) peut attraper par terre un petit objet avec deux doigts, tel un bâton ou un caillou ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
EC10. Est-ce que (nom) est parfois trop malade pour jouer ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
EC11. Est-ce que (nom) est capable de suivre de simples instructions sur comment faire quelque chose correctement ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
EC12. Quand on donne quelque chose à faire à (nom) est-il/elle capable de le faire de manière indépendante ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
EC13. Est-ce que (nom) s'entend bien avec les autres enfants ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
EC14. Est-ce que (nom) donne des coups de pieds, mord, ou frappe les autres enfants ou les adultes ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
EC15. Est-ce que (nom) est facilement distrait ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	

DISCIPLINE DE L'ENFANT		UCD
UCD1. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?	AGE 0..... 1 AGE 1, 2, 3 OU 4..... 2	1 ⇒ Fin
<p>UCD2. Maintenant je voudrais parler de quelque chose d'autre.</p> <p>Les adultes utilisent certains moyens pour apprendre aux enfants à bien se comporter ou pour traiter des problèmes de comportement. Je vais vous lire une liste de méthodes qui sont utilisées. Dites-moi SVP, <u>si vous ou n'importe quel autre membre de votre ménage a utilisé une de ces méthodes avec (nom) au cours du mois dernier.</u></p> <p>[A] Retirer des privilèges, interdire quelque chose que (nom) aime faire ou ne pas lui permettre de quitter la maison.</p> <p>[B] Expliquer à (nom) pourquoi son comportement n'est pas bien.</p> <p>[C] Le/la secouer</p> <p>[D] Hurler ou lui crier dessus</p> <p>[E] Lui donner quelque chose d'autre à faire</p> <p>[F] Lui donner une fessée, le frapper ou le taper sur les fesses à mains nues</p> <p>[G] Le/la frapper sur les fesses ou sur d'autres parties du corps avec quelque chose tels ceinture, brosse à cheveux, bâton ou autre objet dur</p> <p>[H] Le/la traiter d'idiot, de paresseux ou d'un autre nom comme ça</p> <p>[I] Le/la frapper ou le/la gifler sur le visage, la tête ou les oreilles</p> <p>[J] Le/la frapper ou le/la taper sur les mains, les bras ou les jambes</p> <p>[K] Le/la battre, c'est-à-dire le/la frapper encore et encore aussi fort que possible</p>	<p>OUI NON</p> <p>RETIRER DES PRIVILEGES..... 1 2</p> <p>EXPLIQUER LE MAUVAIS COMPORTEMENT..... 1 2</p> <p>SECOUER 1 2</p> <p>HURLER, CRIER DESSUS 1 2</p> <p>DONNER AUTRE CHOSE A FAIRE 1 2</p> <p>DONNER UNE FESSEE, FRAPPER, TAPER A MAINS NUES 1 2</p> <p>FRAPPER AVEC CEINTURE, BROSSES, BATON OU AUTRE 1 2</p> <p>TRAITER D'IDIOT, PARESSEUX OU AUTRE 1 2</p> <p>FRAPPER/GIFLER SUR LE VISAGE, TETE OU OREILLES..... 1 2</p> <p>FRAPPER/TAPER SUR LES MAINS, BRAS OU JAMBES 1 2</p> <p>BATTRE ET FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE..... 1 2</p>	
UCD3. Vérifier UF4 : Est-ce que le/la répondant(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d'un autre enfant de moins de 5 ans ou d'un enfant de 5-14 ans sélectionné pour le questionnaire enfant de 5-17 ans ?	OUI 1 NON 2	2 ⇒ UCD5
UCD4. Vérifier UF4 : Est-ce que ce/cette répondant(e) a déjà répondu à la question suivante (UCD5 ou FCD5) pour un autre enfant ?	OUI 1 NON 2	1 ⇒ Fin
UCD5. Pensez-vous que pour élever ou éduquer correctement un enfant, il est nécessaire qu'il soit puni physiquement ?	OUI 1 NON 2 NSP / PAS D'OPINION..... 8	

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT		UCF
UCF1. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?	AGE 0 OU 1 AN1 AGE 2, 3 OU 4 ANS2	1 ⇒ Fin
UCF2. Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur les difficultés que votre enfant pourrait avoir : Est-ce que (nom) porte des lunettes ?	OUI1 NON2	
UCF3. Est-ce que (nom) porte un appareil/prothèse auditif (ve) ?	OUI1 NON2	
UCF4. (Nom) utilise-t-il/elle un équipement ou reçoit t-il/elle de l'assistance pour marcher ?	OUI1 NON2	
UCF5. Pour les questions suivantes, je vous demanderai de répondre en sélectionnant une réponse parmi quatre réponses possibles. Pour chaque question diriez-vous que (nom) a 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) si il/elle ne peut pas du tout faire l'activité. <i>Répéter les catégories en posant les questions individuelles à chaque fois que la répondante n'utilise pas une des catégories de réponse.</i> Rappelez-vous que les 4 réponses possibles sont Diriez-vous que (nom) a : 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) ne peut pas du tout faire l'activité ?		
UCF6. Vérifier UCF2: Enfant porte des lunettes ?	OUI, UCF2=11 NON, UCF2=2.....2	1 ⇒UCF7A 2 ⇒UCF7B
UCF7A. Lorsqu'il/elle porte ses lunettes, (nom) a-t-il/elle des difficultés à voir ? UCF7B. (Nom) a-t-il/elle des difficultés à voir ?	AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES..... 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT VOIR4	
UCF8. Vérifier UCF3 : Enfant porte un appareil/prothèse auditif (ve) ?	OUI, UCF3=11 NON, UCF3=2.....2	1 ⇒UCF9A 2 ⇒UCF9B
UCF9A. Lorsqu'il/elle utilise son appareil/prothèse auditif (ve), (nom) a-t-il/elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ? UCF9B. (Nom) a-t-il /elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ?	AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES..... 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT ENTENDRE.....4	
UCF10. Vérifier UCF4: Enfant utilise un équipement ou reçoit de l'assistance pour marcher ?	OUI, UCF4=11 NON, UCF4=2.....2	1 ⇒UCF11 2 ⇒UCF13
UCF11. Sans son équipement ou sans assistance, (nom) a-t-il /elle des difficultés à marcher ?	QUELQUES DIFFICULTES..... 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER4	
UCF12. Avec son équipement ou assistance, (nom) a-t-il/elle des difficultés à marcher ?	AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES..... 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER4	1 ⇒UCF14 2 ⇒UCF14 3 ⇒UCF14 4 ⇒UCF14

<p>UCF13. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à marcher ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES..... 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER4</p>	
<p>UCF14. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à saisir des petits objets avec sa main ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES..... 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT SAISIR4</p>	
<p>UCF15. (Nom) a-t-il /elle des difficultés à vous comprendre ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES..... 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT COMPRENDRE.....4</p>	
<p>UCF16. Lorsque (<i>nom</i>) parle, avez-vous des difficultés à le/la comprendre?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES..... 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT ETRE COMPRIS4</p>	
<p>UCF17. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à apprendre des choses ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES..... 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT APPRENDRE4</p>	
<p>UCF18. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à jouer ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES..... 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT JOUER4</p>	
<p>UCF19. La prochaine question a 5 options de réponses différentes. Je vais vous les lire après chaque question.</p> <p>Par rapports aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) donne de coups de pied, mord ou frappe-t-il/elle les adultes et les autres enfants?</p> <p>Diriez-vous : pas du tout, un moins, la même chose, plus ou beaucoup plus ?</p>	<p>PAS DU TOUT1 MOINS2 LA MEME CHOSE3 PLUS4 BEAUCOUP PLUS.....5</p>	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE		BD		
BD1. Vérifier UB2: Age de l'enfant?	AGE 0, 1, OU 2 ANS..... 1 AGE 3 OU 4 ANS..... 2	2 ⇒ Fin		
BD2. Est-ce que (nom) a été allaité?	OUI..... 1 NON 2 NSP 8	2 ⇒ BD4 8 ⇒ BD4		
BD3. Est-ce que (nom) est toujours allaité?	OUI..... 1 NON 2 NSP 8			
BD4. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu quelque chose au biberon?	OUI..... 1 NON 2 NSP 8			
BD5. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu des Sels de Réhydratation Orale ou SRO ?	OUI..... 1 NON 2 NSP 8			
BD6. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu ou mangé des vitamines ou des suppléments minéraux ou n'importe quel médicament?	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. SVP, inclure aussi tous les liquides consommés en dehors de la maison. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu (nom du breuvage) :				
		OUI	NON	NSP
[A] De l'eau simple ?	EAU SIMPLE	1	2	8
[B] Jus de fruits ou boissons à base de jus de fruits ?	JUS OU BOISSON A BASE DE JUS	1	2	8
[C] Bouillon/soupe claire?	BOUILLON/SOUBE CLAIRE	1	2	8
[D] Du lait maternisé tel que NAN, NURSIE, FRANCE LAIT, PRIMALAC, PICOT, GUIGOZ	LAIT MATERNISE	1	2 BD7[E]	8 BD7[E]
[D1] Combien de fois (nom) a-t-il bu du lait maternisé ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.	NOMBRE DE FOIS BU DU LAIT MATERNISE _			
[E] Du lait d'animal, qu'il soit frais en boîte ou en poudre ?	LAIT	1	2 BD7[X]	8 BD7[X]
[E1] Combien de fois (nom) a-t-il bu du lait Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.	NOMBRE DE FOIS BU DU LAIT..... _			
[X] N'importe quels autres liquides ?	AUTRES LIQUIDES	1	2 BD8	8 BD8
[X1] Enregistrer tous les autres liquides mentionnés.	(Préciser) _____			

<p>BD8. Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur <u>tout</u> ce que (nom) a mangé hier durant le jour et la nuit. SVP, inclure la nourriture consommée en dehors de votre maison.</p> <p>- Pensez au moment où (nom) s'est réveillé(e) hier. Est-ce qu'il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ?</p> <p><i>Si 'Oui' demander:</i> SVP, dites-moi tout ce que (nom) a mangé à ce moment-là. <i>Insister:</i> Rien d'autre ?</p> <p><i>Enregistrer les réponses en utilisant les groupes d'aliments ci-dessous.</i></p> <p>Qu'est-ce que (nom) a fait après cela ? Est-ce qu'il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ?</p> <p><i>Répéter cette série de questions, enregistrer dans les groupes d'aliments jusqu'à ce que le/la répondant(e) vous dise que l'enfant est allé dormir jusqu'au lendemain matin.</i></p>				
<p><i>Pour chaque groupe d'aliments non mentionné après avoir fini la question au-dessus, demander:</i></p> <p>Juste pour être sûre, est-ce que (nom) a mangé (groupe d'aliments) hier durant le jour ou la nuit ?</p>				
		OUI	NON	NSP
[A] Du yaourt fait avec du lait d'animal ? <i>Noter que yaourt liquide /à boire doit être capturé en BD7[E] ou BD7[X] dépendant de la qualité de lait.</i>	YAOURT	1	2 ² _{BD8[B]}	8 ⁸ _{BD8[B]}
[A1] Combien de fois (nom) a-t-il/elle mangé du yaourt ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	NOMBRE DE FOIS MANGE YAOURT _			
[B] De la nourriture pour bébé telle que Cérélac, Gerber, Hero, Nestum, Blédine, Nutrilon, etc. ?	NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBE	1	2	8
[C] Du pain, riz, pâte, bouillie, ou autres aliments à base de grains ?	NOURRITURE A BASE DE CEREALES	1	2	8
[D] Courge, carotte, citrouille, patate douce qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, ETC.	1	2	8
[E] Des pommes de terre, de l'igname, du manioc ou autre nourriture à base de tubercules ?	NOURRITURE A BASE DE TUBERCULES	1	2	8
[F] N'importe quels légumes à feuilles vertes foncées comme épinard, brocoli, moringa, oseille de guinée/gnatou?	LEGUMES A FEUILLES VERTES FONCEES	1	2	8
[G] Mangues mures ou des papayes mûres ou, néré, banane, rône ?	MANGUE MURE, PAPAYE MURE	1	2	8
[H] Tout autre fruit et légume, comme laitue, pomme, etc. ?	AUTRE FRUITS OU LEGUMES	1	2	8
[I] Du foie, des rognons, du cœur ou autres abats?	ABATS	1	2	8
[J] Toute autre viande comme du bœuf, du porc, de l'agneau, de la chèvre, du poulet, du canard ou des saucisses faites de ces viandes ?	AUTRES VIANDES	1	2	8
[K] Des œufs?	OEUFS	1	2	8
[L] Du poisson ou des crustacés, frais ou séchés ?	POISSON FRAIS OU SECHE	1	2	8
[M] Des haricots, petits pois, lentilles ou noix, y compris toute préparation faite avec ?	NOURRITURES A BASE DE HARICOTS, POIS, NOIX, ETC.	1	2	8
[N] Du fromage ou autre aliment fait avec du lait animal ?	FROMAGE OU AUTRE ALIMENT A BASE DE LAIT	1	2	8
[X] Autre aliment solide, semi-solide ou mou ?	AUTRE ALIMENT SOLIDE, SEMI-SOLIDE OU MOU	1	2 ² _{BD9}	8 ⁸ _{BD9}
[X1] <i>Enregistrer tous les aliments solides, semi-solides ou mous qui ne correspondent pas aux groupes d'aliments ci-dessus.</i>	(Préciser) _____			
<p>BD9. Combien de fois (nom) a-t-il/elle mangé des aliments solides, semi-solides ou mou hier durant le jour et la nuit ?</p> <p><i>Si BD8 [A] est 'Oui', s'assurer que les réponses ici incluent le nombre de fois enregistré pour le yaourt en BD8 [A1].</i></p> <p><i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i></p>				
NOMBRE DE FOIS _				
NSP 8				

VACCINATIONS								IM	
IM1. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?	AGE 0, 1, OU 2 ANS..... 1 AGE 3 OU 4 ANS 2						2⇒Fin		
IM2. Avez-vous un carnet/carte de vaccinations ou un document d'un agent de santé privé où les vaccinations de (nom) sont enregistrées?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET/CARTE 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT 2 OUI, A CARNET/CARTE ET AUTRE DOCUMENT 3 NON, N'A NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT 4						1⇒IM5 3⇒IM5		
IM3. Avez-vous déjà eu un carnet/carte de vaccinations ou un document d'un agent de santé privé pour (nom) ?	OUI..... 1 NON 2								
IM4. Vérifier IM2:	A SEULEMENT AUTRE DOCUMENT, IM2=2 1 NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT DISPONIBLE, IM2=4 2						2⇒IM11		
IM5. Puis-je voir le carnet/carte (et/ou) l'autre document?	OUI, CARNET/CARTE SEULEMENT VU 1 OUI, AUTRE DOCUMENT SEULEMENT VU 2 OUI, CARNET/CARTE ET AUTRE DOCUMENT VUS..... 3 NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT VU..... 4						4⇒IM11		
IM6. (a) Copier les dates de chaque vaccination à partir de la carte/carnet. (b) Écrire '44' dans la colonne jour si la carte/carnet montre que la vaccination a été donnée mais la date n'est pas enregistrée ou illisible.	DATE DE VACCINATION								
			JOUR		MOIS		ANNÉE		
BCG	BCG					2	0	1	
Polio (VPO) (à la naissance)	VPO0					2	0	1	
Polio (VPO) 1	VPO1					2	0	1	
Polio (VPO) 2	VPO2					2	0	1	
Polio (VPO) 3	VPO3					2	0	1	
Polio (VPI)	VPI					2	0	1	
Pentavalent (DTCOQHibHepB) 1	Penta1					2	0	1	
Pentavalent (DTCOQHibHepB) 2	Penta2					2	0	1	
Pentavalent (DTCOQHibHepB) 3	Penta3					2	0	1	
Pneumococcal (Conjugué) 1	PCV1					2	0	1	
Pneumococcal (Conjugué) 2	PCV2					2	0	1	
Pneumococcal (Conjugué) 3	PCV3					2	0	1	
Rotavirus 1	Rota1					2	0	1	
Rotavirus 2	Rota2					2	0	1	

Rougeole	VAR					2	0	1		
Fièvre jaune	FJ					2	0	1		
IM7. Vérifier IM6. Tous les vaccins (BCG à FJ) enregistrés ?		OUI..... 1 NON 2								1 ⇒ Fin
IM8. Est-ce que (nom) a participé aux campagnes, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l'enfant suivantes :		O N NSP								
[A] Campagne contre la méningite (A) en 2014		MÉNINGITE (A) EN 2014 1 2 8								
[B] Campagne contre la rougeole 2014-2015		LA ROUGEOLE 2014-2015 1 2 8								
[C] Campagne contre la méningite W135 en 2016		MENINGITE W135 EN 2016..... 1 2 8								
[D] Journée de santé de l'enfant 2016-2017		VIT A, ALBENDAZOL, TETANOS.....1 2 8								
IM9. En plus de ce qui est enregistré dans le document que vous nous avez montré, est-ce que (nom) a reçu d'autres vaccinations y compris des vaccinations reçues pendant les campagnes, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l'enfant qu'on vient de mentionner ?		OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8								2 ⇒ Fin 8 ⇒ Fin
IM10. Retourner à IM6 et insister pour ces vaccinations. Enregistrer '66' dans la colonne jour correspondante pour chaque vaccin reçu. Pour les vaccinations <u>pas</u> reçues, enregistrer '00'. Quand c'est fait, aller à la fin du module.										⇒ Fin
IM11. Est-ce que (nom) a déjà reçu des vaccinations pour l'empêcher d'attraper des maladies, y compris des vaccinations reçues pendant des campagnes, des journées nationales de vaccination ou journées de santé de l'enfant?		OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8								
IM12. Est-ce que (nom) a participé aux campagnes, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l'enfant suivantes :		O N NSP								
[A] Campagne contre la méningite (A) en 2014		MÉNINGITE (A) EN 2014 1 2 8								
[B] Campagne contre la rougeole 2014-2015		LA ROUGEOLE 2014-2015 1 2 8								
[C] Campagne contre la méningite W135 en 2016		MENINGITE W135 EN 2016..... 1 2 8								
[D] Journée de santé de l'enfant 2016-2017		VIT A, ALBENDAZOL, TETANOS.....1 2 8								
IM13. Vérifier IM11 et IM12:		TOUT NON OU NSP 1 AU MOINS UN OUI 2								1 ⇒ Fin

<p>IM14. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose – c'est-à-dire une injection faite dans le bras ou l'épaule et qui laisse habituellement une cicatrice ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8</p>	
<p>IM16. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu un « vaccin sous forme de gouttes dans la bouche » pour le/la protéger contre la polio ?</p> <p><i>Insister en indiquant que la première goutte est généralement donnée à la naissance et les autres en même temps que des injections pour empêcher d'autres maladies.</i></p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8</p>	<p>2⇒IM20 8⇒IM20</p>
<p>IM17. Est-ce que les premières gouttes de Polio ont été données dans les 2 premières semaines après la naissance ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8</p>	
<p>IM18. Combien de fois les gouttes de Polio ont été données?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS.....</p>	
<p>IM19. La dernière fois que (<i>nom</i>) a reçu des gouttes de Polio, est-ce qu'il/elle a également reçu une injection pour le protéger contre la Polio ?</p> <p><i>Insister pour s'assurer que les deux gouttes et injection ont été données.</i></p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8</p>	
<p>IM20. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin Pentavalent– c'est-à-dire une injection à la cuisse pour l'empêcher d'attraper le tétanos, la coqueluche, la diphtérie, l'hépatite B et l'Haemophilus influenzae de type b?</p> <p><i>Insister en indiquant que le vaccin Pentavalent est parfois donné en même temps que les gouttes de Polio.</i></p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8</p>	<p>2⇒IM22 8⇒IM22</p>
<p>IM21. Combien de fois le vaccin Pentavalent a été donné?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS</p>	
<p>IM22. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin Pneumococcal Conjugué PCV– c'est-à-dire une injection à la cuisse pour l'empêcher d'attraper une maladie pneumococcique, y compris les infections d'oreille et la méningite causée par le pneumocoque?</p> <p><i>Insister en indiquant que le vaccin Pneumococcique Conjugué est parfois donné en même temps que le Pentavalent</i></p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8</p>	<p>2⇒IM24 8⇒IM24</p>
<p>IM23. Combien de fois le vaccin Pneumococcal a été donné?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS.....</p>	
<p>IM24. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin Rotavirus – c'est-à-dire du liquide dans la bouche pour prévenir la diarrhée ?</p> <p><i>Insister en indiquant que le vaccin Rotavirus est parfois donné en même temps que le Pentavalent</i></p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8</p>	<p>2⇒IM26 8⇒IM26</p>

IM25. Combien de fois le vaccin Rotavirus a été donné ?	NOMBRE DE FOIS.....__	
IM26. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin VAR– c'est-à-dire une injection au bras à l'âge de 9 mois ou plus pour l'empêcher d'attraper la rougeole ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	
IM27. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin contre la Fièvre Jaune – c'est-à-dire une injection au bras à l'âge de 9 mois ou plus - pour l'empêcher d'attraper la Fièvre Jaune ? <i>Insister en indiquant que le vaccin contre la Fièvre jaune est parfois donné en même temps que le VAR.</i>	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
CA1. Est-ce que (<i>nom</i>) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI..... 1	2⇒CA14
	NON 2	
	NSP..... 8	
CA2. Vérifier BD3: Est-ce que l'enfant est toujours allaité ?	OUI OU BLANC, BD3=1 OU BLANC 1	1⇒CA3A
	NON OU NSP, BD3=2 OU 8..... 2	2⇒CA3B
CA3A. Je voudrais savoir quelle quantité de liquides à boire a été donnée à (<i>nom</i>) durant sa diarrhée. Ceci inclut le lait maternel et les Solutions de réhydratation orale, SRO et les autres liquides donnés avec des médicaments. Pendant que (<i>nom</i>) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à 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 à boire que d'habitude, ou un peu moins à boire que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS..... 1 UN PEU MOINS 2 A PEU PRES LA MEME CHOSE..... 3 PLUS..... 4 RIEN A BOIRE 5 NSP..... 8	
	CA3B. Je voudrais savoir quelle quantité de liquides à boire a été donnée à (<i>nom</i>) durant sa diarrhée. Ceci inclut et les Solutions de réhydratation orale, SRO et les autres liquides donnés avec des médicaments. Pendant que (<i>nom</i>) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à 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 à boire que d'habitude, ou un peu moins à boire que d'habitude ?	
CA4. Pendant que (<i>nom</i>) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ? <i>Si 'moins', insister:</i> Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à manger que d'habitude, ou un peu moins à manger que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS..... 1 UN PEU MOINS 2 A PEU PRES LA MEME CHOSE..... 3 PLUS..... 4 A ARRETE L'ALIMENTATION 5 N'A JAMAIS DONNE A MANGER 7 NSP..... 8	

<p>CA5. Avez-vous recherché des conseils ou un traitement contre la diarrhée de n'importe quelle source ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇒ CA7 8 ⇒ CA7</p>
<p>CA6. Où avez-vous cherché des conseils ou un traitement ?</p> <p><i>Insister : quelque part d'autre?</i></p> <p>Enregistrer tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</p> <p>Insister pour identifier chaque type de fournisseur.</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 et enregistrer temporairement X jusqu'à ce que vous trouviez la catégorie appropriée pour la réponse.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL..... A CMS..... B DISPENSARE C PMI..... D AUTRE PUBLIC <i>(préciser)</i> E</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE F CLINIQUE PRIVEE G CABINET PRIVE..... H MATERNITE PRIVEE..... I ONG/ASSOCIATION..... J PHARMACIE PRIVEE K AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE L AUTRE MEDICAL PRIVE <i>(préciser)</i> M</p> <p>AUTRE SOURCE FAMILLE/AMIS..... P BOUTIQUE/MARCHE/RUE Q PRATICIEN TRADITIONNEL R</p> <p>AUTRE <i>(préciser)</i> X</p>	
<p>CA7. Quand (<i>nom</i>) a eu la diarrhée est-ce qu'il a eu :</p> <p>[A] Un liquide SRO fait à partir d'un sachet spécial appelé ORASEL ?</p> <p>[B] Un liquide SRO déjà préparé dans un sachet ?</p> <p>[C] Du Zinc en comprimés ou en sirop ?</p> <p>[D] Des liquides maison recommandés par le gouvernement tels que l'eau de noix de coco, coca cola dilué, eau salée sucrée, eau de riz ?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>LIQUIDE DE SACHET DE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO DEJA PREPARE..... 1 2 8</p> <p>ZINC COMPRIMES OU SIROP..... 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON RECOMMANDE 1 2 8</p>	
<p>CA8. Vérifier CA7 [A] et CA7 [B]: Est-ce que l'enfant a reçu n'importe quel type de SRO ?</p>	<p>OUI, OUI EN CA7 [A] OU CA7 [B] 1</p> <p>NON, 'NON' OU 'NSP' A CA7 [A] ET CA7 [B] 2</p>	<p>2 ⇒ CA10</p>

<p>CA9. Où avez-vous eu le (SRO mentionné en CA7 [A] et/ou en CA7 [B])?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si 'l'avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé</u>, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....A CMS.....B DISPENSAIREC PMI.....D AUTRE PUBLIC (préciser) _____E</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVEF CLINIQUE PRIVEEG CABINET PRIVE.....H MATERNITE PRIVEE.....I ONG/ASSOCIATION.....J PHARMACIE PRIVEEK AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIREL AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser) _____M</p> <p>AUTRE SOURCE FAMILLE/AMIS.....P BOUTIQUE/MARCHE/RUEQ PRATICIEN TRADITIONNELR</p> <p>AUTRE (préciser) _____X NSP/NE SE RAPPELLE PAS.....Z</p>	
<p>CA10. Vérifier CA7[C]: Est-ce que l'enfant a reçu du zinc?</p>	<p>OUI, CA7[C]=1..... 1 NON, CA7[C] ≠1 2</p>	<p>2⇒CA12</p>
<p>CA11. Où avez-vous eu le zinc?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source</i></p> <p><i>Si 'l'avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé</u>, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....A CMS.....B DISPENSAIREC PMI.....D AUTRE PUBLIC (préciser) _____E</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVEF CLINIQUE PRIVEEG CABINET PRIVE.....H MATERNITE PRIVEE.....I ONG/ASSOCIATION.....J PHARMACIE PRIVEEK AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIREL AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser) _____M</p> <p>AUTRE SOURCE FAMILLE/AMIS.....P BOUTIQUE/MARCHE/RUEQ PRATICIEN TRADITIONNELR</p> <p>AUTRE (préciser) _____X NSP/NE SE RAPPELLE PAS.....Z</p>	
<p>CA12. Est-ce que quelque chose d'autre a été donné pour traiter la diarrhée ?</p>	<p>OUI..... 1 NON2 NSP.....8</p>	<p>2⇒CA14 8⇒CA14</p>

<p>CA13. Qu'est-ce qui a été donné en plus pour traiter la diarrhée ?</p> <p><i>Insister:</i> Rien d'autre ?</p> <p><i>Enregistrer tous les traitements donnés. Écrire le nom/marque de tous les médicaments donnés.</i></p> <p>_____ (Nom/marque)</p> <p>_____ (Nom/marque)</p>	<p>COMPRIMES OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITE (ANTI-DIARRHEIQUE) B</p> <p>AUTRE COMPRIME OU SIROP G</p> <p>COMPRIME OU SIROP INCONNU H</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE L</p> <p>PAS ANTIBIOTIQUE M</p> <p>INJECTION INCONNUE N</p> <p>INTRAVEINEUSE (IV) O</p> <p>REMEDE MAISON/ HERBE MEDICINALE Q</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) X</p>	
<p>CA14. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) a été malade avec de la fièvre ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒ CA16</p> <p>8 ⇒ CA16</p>
<p>CA15. À n'importe quel moment durant sa maladie, est-ce que (nom) a eu du sang prélevé 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>CA16. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) a eu une maladie avec de la toux ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA17. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) a eu une respiration rapide et forte ou des difficultés à respirer ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒ CA19</p> <p>8 ⇒ CA19</p>
<p>CA18. La respiration rapide ou les difficultés respiratoires étaient-elles dues à un problème de bronches, ou à un nez bouché ou qui coulait ?</p>	<p>PROBLEMES DANS LA POITRINE SEULEMENT 1</p> <p>NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT 2</p> <p>LES DEUX 3</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 6</p> <p>NSP 8</p>	<p>1 ⇒ CA20</p> <p>2 ⇒ CA20</p> <p>3 ⇒ CA20</p> <p>6 ⇒ CA20</p> <p>8 ⇒ CA20</p>
<p>CA19. Vérifier CA14: est-ce que l'enfant a eu de la fièvre ?</p>	<p>OUI, CA14=1 1</p> <p>NON OU NSP, CA14=2 OU 8 2</p>	<p>2 ⇒ CA30</p>
<p>CA20. Avez-vous recherché 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 ⇒ CA22</p> <p>8 ⇒ CA22</p>

<p>CA21. Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?</p> <p><i>Insister:</i> Quelque part d'autre ?</p> <p>Enregistrer tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</p> <p>Insister pour identifier chaque type de fournisseur</p> <p><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé</u>, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....A CMS.....B DISPENSAREC PMI.....D AUTRE PUBLIC (<i>préciser</i>) _____ E</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVEF CLINIQUE PRIVEEG CABINET PRIVE.....H MATERNITE PRIVEE.....I ONG/ASSOCIATION.....J PHARMACIE PRIVEEK AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIREL AUTRE MEDICAL PRIVE (<i>préciser</i>) _____ M</p> <p>AUTRE SOURCE FAMILLE/AMIS.....P BOUTIQUE/MARCHE/RUEQ PRATICIEN TRADITIONNELR</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) _____ X</p>	
<p>CA22. A n'importe quel moment de sa maladie, est-ce que (nom) a reçu un médicament pour cette maladie ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8</p>	<p>2 ⇒ CA30 8 ⇒ CA30</p>
<p>CA23. Quel médicament (nom) a-t-il/elle reçu ?</p> <p><i>Insister:</i> Rien d'autre ?</p> <p><i>Si impossible de déterminer le type de médicament, noter le nom/la marque et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom/marque)</p> <p>_____</p> <p>(Nom/marque)</p>	<p>ANTI-PALUDIQUES COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISININE (CTA).....A SP / FANSIDARB CHLOROQUINEC AMODIAQUINED QUININE COMPRIMES.....E INJECTION/IVF ARTESUNATE EN SUPPOSITOIREG AUTRE INJECTION/IVH AUTRE ANTI-PALUDIQUE (<i>préciser</i>) _____ K</p> <p>ANTIBIOTIQUES AMOXICILLINEL COTRIMOXAZOLEM AUTRES COMPRIMES OU SIROP ANTIBIOTIQUEN AUTRE INJECTION/IV ANTIBIOTIQUEO</p> <p>AUTRES MEDICAMENTS PARACETAMOL/PANADOL/ ACETAMINONPHEN.....R ASPIRINES IBUPROFENT</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) _____ X NSPZ</p>	
<p>CA24. Vérifier CA23: Antibiotiques mentionnés ?</p>	<p>OUI, ANTIBIOTIQUES MENTIONNES, CA23=L-O..... 1 NON, ANTIBIOTIQUES PAS MENTIONNES..... 2</p>	<p>2 ⇒ CA26</p>

<p>CA25. Où avez-vous obtenu (<i>Nom du médicament de CA23, codes L à O</i>)?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>S'il 'l'avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé</u>, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à ce que vous trouviez la catégorie appropriée pour la réponse.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....A CMS.....B DISPENSAREC PMI.....D AUTRE PUBLIC (<i>préciser</i>) _____E</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVEF CLINIQUE PRIVEEG CABINET PRIVE.....H MATERNITE PRIVEE.....I ONG/ASSOCIATION.....J PHARMACIE PRIVEEK AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIREL AUTRE MEDICAL PRIVE (<i>préciser</i>) _____M</p> <p>AUTRE SOURCE FAMILLE/AMIS.....P BOUTIQUE/MARCHE/RUEQ PRATICIEN TRADITIONNELR</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) _____X NSP/NE SE RAPPELLE PAS.....Z</p>	
<p>CA26. Vérifier CA23: Anti-paludiques mentionnés ?</p>	<p>OUI, ANTI-PALU MENTIONNES, CA23=A-K 1 NON, ANTI- PALU PAS MENTIONNES..... 2</p>	<p>2⇒CA30</p>
<p>CA27. Où avez-vous obtenu (<i>Nom du médicament de CA23, codes A à K</i>)?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>S'il 'l'avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé</u>, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à ce que vous trouviez la catégorie appropriée pour la réponse.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....A CMS.....B DISPENSAREC PMI.....D AUTRE PUBLIC (<i>préciser</i>) _____E</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVEF CLINIQUE PRIVEEG CABINET PRIVE.....H MATERNITE PRIVEE.....I ONG/ASSOCIATION.....J PHARMACIE PRIVEEK AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIREL AUTRE MEDICAL PRIVE (<i>préciser</i>) _____M</p> <p>AUTRE SOURCE FAMILLE/AMIS.....P BOUTIQUE/MARCHE/RUEQ PRATICIEN TRADITIONNELR</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>)X NSP/NE SE RAPPELLE PAS.....Z</p>	
<p>CA28. Vérifier CA23: Plus d'un anti-palu encerclé dans les codes A à K ?</p>	<p>OUI, PLUSIEURS ANTI-PALU MENTIONNES 1 NON, SEULEMENT UN ANTI-PALU MENTIONNE 2</p>	<p>1⇒CA29A 2⇒CA29B</p>

<p>CA29A. Combien de temps après le début de la fièvre (nom) a-t-il/elle pris le premier de (nom de tous les anti-palu encerclés à CA23, codes A à K) ?</p> <p>CA29B. Combien de temps après le début de la fièvre (nom) a-t-il/elle pris pour la première fois (Nom de l'anti-palu encerclé à CA23, codes A à K) ?</p>	<p>MEME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE3 NSP 8</p>	
<p>CA30. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?</p>	<p>AGE 0, 1 OU 2 ANS 1 AGE 3 OU 4 ANS 2</p>	<p>2 ⇒ Fin</p>
<p>CA31. La dernière fois que (nom) a déféqué, qu'est-ce qui a été fait pour se débarrasser des selles ?</p>	<p>ENFANT A UTILISE LES TOILETTES/LATRINES..... 01 MIS/JETE DANS LES TOILETTES /LATRINES 02 MIS/ JETE DANS LA FOSSE OU RIGOLE 03 JETE DANS LES ORDURES (DECHETS SOLIDES)..... 04 ENTERRE 05 LAISSE A L'AIR LIBRE 06 AUTRE (<i>préciser</i>) 96 NSP 98</p>	

UF11. Enregistrer l'heure.	HEURES ET MINUTES :	
UF12. Langue du questionnaire.	FRANCAIS 1	
UF13. Langue de l'interview.	FRANÇAIS.....01 EWE /MINA 02 KABYE 03 KOTOKOLI/TEM..... 04 AKPOSSO/AKEBOU 05 IFE/ANA06 MOBA-GOURMA..... 07 TCHOKOSSI 08 BASSAR/KONKOMBA..... 09 AUTRES LANGUES NATIONALES (préciser) 96 LANGUES ETRANGERES.....97	
UF14. Langue maternelle du/de la répondant(e).	FRANÇAIS.....01 EWE /MINA 02 KABYE 03 KOTOKOLI/TEM..... 04 AKPOSSO/AKEBOU 05 IFE/ANA06 MOBA-GOURMA..... 07 TCHOKOSSI 08 BASSAR/KONKOMBA..... 09 AUTRES LANGUES NATIONALES (préciser) 96 LANGUES ETRANGERES.....97	
UF15. Est-ce qu'un traducteur a été utilisé pour n'importe quelle partie de ce questionnaire?	OUI, QUESTIONNAIRE ENTIER1 OUI, PARTIES DU QUESTIONNAIRE2 NON, PAS UTILISE3	
<p>UF16. Dire au /à la répondant(e) que vous allez mesurer et peser l'enfant avant de partir du Ménage et qu'un(e) collègue viendra s'en occuper avec vous. Préparer la FICHE DU MODULE ANTHROPOMETRIE pour cet enfant et compléter le panneau d'information sur cette fiche.</p> <p>Vérifier les colonnes HL 10 et HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE: Est-ce que le/la répondante est la mère/gardien(ne) d'un Autre Enfant de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI⇒ Aller à UF17 sur le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis aller au prochain QUESTIONNAIRE POUR ENFANT DE MOINS DE 5 ANS à administrer à le/la même répondant(e).</p> <p><input type="checkbox"/> NON⇒ Vérifier HL6 et colonne HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE: Est-ce que le/la répondant(e)est la mère/gardien(ne) d'un enfant de 5-17 ans sélectionné pour le Questionnaire Enfant de 5-17 ans dans ce ménage?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI⇒ Aller à UF17 PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis aller au QUESTIONNAIRE POUR ENFANT DE 5-17ANS à administrer à le/la même répondante.</p> <p><input type="checkbox"/> NON⇒ Aller à UF17 PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis finir l'interview avec ce/cette répondant(e)en le/la remerciant pour sa coopération. Vérifier s'il y a d'autres questionnaires à administrer dans ce ménage.</p>		

PANNEAU D'INFORMATION MODULE ANTHROPOMETRIE		AN
AN1. Numéro de Grappe: _____	AN2. Numéro du Ménage: _____	
AN3. Nom et Numéro de ligne de l'enfant:	AN4. Age de l'enfant de UB2:	
NOM _____	AGE (EN ANNEES REVOLUES)..... _____	
AN5. Nom et Numéro de ligne de la mère / Gardien(ne):	AN6. Nom et Numéro de l'enquêteur	
NOM _____	NOM _____	

ANTHROPOMETRIE

AN7. Nom et Numéro du mesureur :	NOM _____	
AN8. Enregistrer le résultat de la mesure du poids tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>	KILOGRAMMES (KG) _____ , _____ ENFANT PAS PRESENT 99.3 ENFANT REFUS 99.4 REPONDANTE REFUSE 99.5 AUTRE (préciser) 99.6	99.3 ⇒ AN13 99.4 ⇒ AN10 99.5 ⇒ AN10 99.6 ⇒ AN10
AN9. Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum?	OUI 1 NON, L'ENFANT N'A PAS PU ETRE DESHABILLE AU MINIMUM 2	
AN10. Vérifier AN4: Age de l'enfant ?	AGE 0 OU 1AN 1 AGE 2, 3 OU 4 ANS 2	1 ⇒ AN11A 2 ⇒ AN11B
AN11A. L'enfant a moins de 2 ans, et doit être mesuré couché. Enregistrer le résultat de la mesure de la longueur lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>	LONGUEUR / TAILLE (CM) _____ , _____ ENFANT REFUSE 999.4 RÉPONDANTE REFUSE 999.5 AUTRE (préciser) 999.6	999.4 ⇒ AN1 3 999.5 ⇒ AN1 3 999.6 ⇒ AN1 3
AN11B. L'enfant a au moins 2 ans et doit être mesuré debout. Enregistrer le résultat de la mesure de la taille tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement</i>		
AN12. Comment est-ce que l'enfant a été mesuré ? Couché ou debout?	COUCHE 1 DEBOUT 2	
AN13. Date d'aujourd'hui : Jour/ Mois / Année: _____ / _____ / 2 0 1 7		
AN14. Est-ce qu'il y a un autre enfant de moins de 5 ans dans ce ménage qui n'a pas encore été mesuré ?	OUI 1 NON 2	1 ⇒ <i>Enfant Suivant</i>
AN15. Remercier la répondante pour sa coopération et informer votre chef d'équipe que le mesureur et vous avez fini toutes les mesures de ce ménage.		

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE

OBSERVATIONS DU MESUREUR

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE