



QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS REPUBLIQUE DE TUNISIE

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. Numéro de ménage : _____
UF3. Nom de l'enfant : Nom.....	UF4. Numéro de ligne de l'enfant : _____
UF5. Nom de la mère / gardienne : Nom.....	UF6. Numéro de ligne de la mère / gardienne : _____
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom.....	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview : ____ / ____ / _____

<p>Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée :</p> <p>NOUS FAISONS PARTIE DE L'INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUE NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTÉ FAMILIALE ET L'ÉDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE (NOM DE L'ENFANT EN UF3). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 20 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS RÉPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUÉES À PERSONNE EN DEHORS DE L'ÉQUIPE DU PROJET.</p>	<p>Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lisez la phrase suivante:</p> <p>MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE (nom de l'enfant en UF3). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 20 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS RÉPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUÉES À PERSONNE EN DEHORS DE L'ÉQUIPE DU PROJET.</p>
---	---

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

- Oui, permission accordée ➔ Allez à UF12 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview.
- 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 :</p> <p>Les codes font référence à la mère/gardienne.</p>	<p>Rempli..... 01</p> <p>Pas à la maison 02</p> <p>Refusé 03</p> <p>Partiellement rempli 04</p> <p>Incapacité..... 05</p> <p>Autre (préciser) _____ 96</p>
---	--

<p>UF10. Contrôlé sur le terrain par (Nom et code) :</p> <p>Nom _____</p> <p>_____</p>	<p>UF11. Agent de saisie (Nom et code) :</p> <p>Nom _____</p> <p>_____</p>
<p>.UF12. Enregistrez l'heure</p>	<p>Heure et minutes : ____</p>

AGE		AG
<p>AG1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTÉ DE (nom).</p> <p>EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE (nom) EST/IL/ELLE NÉ/E ?</p> <p><i>Insistez:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p>Si la mère/gardiennne connaît la date de naissance exacte, inscrivez également le jour ; autrement, encrer 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 _ _ _ _</p>	
<p>AG2. QUEL ÂGE A (nom) ?</p> <p><i>Insistez :</i> QUEL ÂGE AVAIT (nom) À SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</p> <p>Enregistrez l'âge en années révolues.</p> <p>Si moins de 1 an, enregistrez '0'.</p> <p>Comparez et corrigez AG1 et/ou AG2 si incohérentes.</p>	<p>Âge (en années révolues) _</p>	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
<p>BR1. (Nom) A-TIL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ?</p> <p>Si oui, demandez PUIS-JE LE VOIR ?</p>	<p>Oui, vu..... 1</p> <p>Oui, non vu..... 2</p> <p>Non 3</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>1 ➡ Module Suivant</p> <p>2 ➡ Module Suivant</p>
<p>BR2. LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ÉTÉ ENREGISTRÉE/DÉCLARÉE À L'ÉTAT CIVIL ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>1 ➡ Module Suivant</p>
<p>BR3. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non 2</p>	

DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT					EC
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) UTILISÉ POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC : [A] DES JOUETS FABRIQUÉS À LA MAISON (COMME DES POUPÉES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUÉS À LA MAISON) ? [B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ? [C] OBJETS DU MÉNAGE (COMME DES CUVETTES OU CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVÉS DEHORS (COMME DES BÂTONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ? Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories cidessus, insistez pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.	Jouets fabriqué à la maison 1 2 8 Jouets de magasin 1 2 8 Objets du ménage ou objets du dehors 1 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 PASSÉE, COMBIEN DE JOURS (nom) A-TIL/ELLE ÉTÉ: [A] LAISSÉ SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? [B] LAISSÉ À LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT C'EST-À-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS, PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? Si 'jamais', 'inscrivez '0'. Si 'Ne sait pas', inscrivez '8'	Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure _ Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure _				
EC4. Vérifiez AG14: Age de l'enfant <input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ➡ Continuez avec EC5 Enfant de 0, 1 ou 2 ans ➡ Allez au Module suivant					
EC5. (Nom) SUIVIL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE ÉDUCATIF OU UNE CLASSE D'ÉVEIL, COMME UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, 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-TIL FRÉQUENTÉ CET ENDROIT ?	Nombre d'heures _ _				
EC7. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MÉNAGE DE PLUS DE 15 ANS, PARTICIPÉ AVEC (nom) À L'UNE DES ACTIVITÉS SUIVANTES : Si oui, demandez: QUI A PARTICIPÉ À CETTE ACTIVITÉ AVEC (nom) ? Encerclez tout ce qui est mentionné.					
		Mère	Père	Autre	Pers-son-ne
[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (nom) ?	Lire des livres	A	B	X	Y
[B] RACONTER DES HISTOIRES À (nom) ?	Raconter des histoires	A	B	X	Y
[C] CHANTER DES CHANSONS À (nom) OU AVEC (nom), Y COMPRIS DES BERCEUSES ?	Chanter des chansons	A	B	X	Y
[D] EMmener (nom) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RÉSIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ?	Promener	A	B	X	Y
[E] JOUER AVEC (nom) ?	Jouer	A	B	X	Y
[F] PASSER DU TEMPS AVEC (nom) À NOMMER, À COMPTER, ET/OU À DESSINER ?	Passer du temps	A	B	X	Y
EC8. 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. EST-CE QUE (nom) CONNAÎT 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 RECONNAÎTRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 À 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 SIMPLS INSTRUCTIONS POUR FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	
EC14. 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	
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	
EC17A. COMME VOUS SAVEZ, CERTAINS ENFANTS SONT PARFOIS FATIGUÉS, ENERVÉS, TURBULENTS...SENTEZ-VOUS, PERSONNELLEMENT, PARFOIS LE BESOIN DE VOUS FAIRE AIDER DANS L'ÉDUCATION DE (nom)?	Oui..... 1 Non 2	2 → MODULE SUIVANT
EC17B. A QUI VOUS ADRESSEZ-VOUS HABITUELLEMENT?	Famille 1 Amis 2 Voisins 3 Enseignants 4 Personnel médical..... 5 Autres..... 6	

ALLAITEMENT		BF
BF1. EST-CE QUE (nom) A ÉTÉ 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 À SAVOIR SI (nom) A REÇU CE LIQUIDE MÊME S'IL ÉTAIT MÉLANGÉ 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 PRÉPARATION POUR BÉBÉ 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 TIL BU UNE PRÉPARATION POUR BÉBÉ 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 TIL 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 À 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 (nom local pour bouillon) HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	
BF10. EST-CE QUE (nom) A BU DES SUPPLÉMENTS VITAMINIQUES OU MINÉRAUX OU DES MÉDICAMENTS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	
BF11. EST-CE QUE (nom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE RÉHYDRATATION 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 MANGÉ 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 TIL BU OU MANGÉ DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois _ _	
BF15. EST-CE QUE (nom) A MANGÉ DE LA BOUILLIE LÉGÈRE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	
BF16. EST-CE QUE (nom) A MANGÉ DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PURÉE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	2 ➔ BF18 8 ➔ BF18
BF17. COMBIEN DE FOIS (nom) A TIL MANGÉ DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PURÉE) 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
CA1. EST-CE QUE (nom) A EU LA DIARRHÉE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	2 ➔ CA7 8 ➔ CA7
CA2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITÉ DE LIQUIDES A ÉTÉ DONNÉE À (nom) DURANT SA DIARRHÉE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). PENDANT QUE (nom) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE RECU À BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ OU PLUS QUE D'HABITUDE ? Si moins, insistez: EST-CE QU'IL/ELLE A RECU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus..... 4 Rien à boire 5 NSP..... 8	
CA3. PENDANT QUE (nom) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE RECU À MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGÉ ? Si moins, insistez: EST-CE QU'IL/ELLE A RECU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus..... 4 A stoppé nourriture 5 N'a jamais donné à manger 6 NSP..... 8	
CA4. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE À (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 PRÉPARÉ À PARTIR D'UN SACHET SPÉCIAL APPELÉ (nom local du sachet de solution SRO) ?	Liquide sachet SRO..... 1 2 8	O N NSP
[B] UN LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ POUR LA DIARRHÉE ?	Liquide SRO préconditionné 1 2 8	
CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ÉTÉ DONNÉ POUR TRAITER LA DIARRHÉE ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	2 ➔ CA7 8 ➔ CA7
CA6. QU'A-T-ON DONNÉ (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHÉE? <i>Insistez :</i> RIEN D'AUTRE ? Enregistrez tous les traitements donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés. _____ (Nom des médicaments)	Comprimé ou Sirop Antibiotique..... A Antimotilité B Zinc..... C Autre (pas antibiotique, antimotilité ou zinc) G Comprimé ou sirop inconnu..... H Injection Antibiotique..... L Non-antibiotique M Injection inconnue..... N Intraveineuse..... O Remède maison/ herbes médicinales Q Autre (précisez) X	
CA7. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (nom) A ÉTÉ MALADE AVEC DE LA TOUX ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	2 ➔ CA14 8 ➔ CA14
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 ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	2 ➔ CA14 8 ➔ CA14
CA9. LES DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES ÉTAIENT-ELLES DUES À UN PROBLÈME DE BRONCHES, OU À UN NEZ BOUCHÉ OU QUI COULAIT ?	Problème de bronches seulement..... 1 Nez bouché ou qui coulait seulement..... 2 Les deux 3 Autre (précisez) 6 NSP..... 8	2 ➔ CA14 6 ➔ CA14
CA10. AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	2 ➔ CA12 8 ➔ CA12

<p>CA11. OÙ AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</p> <p><i>Insistez :</i> NULLE PART AILLEURS ?</p> <p>Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne suggérez PAS de réponse.</p> <p>Insistez pour identifier chaque type d'endroit.</p> <p>Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit.</p> <p>_____</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>	
<p>CA12. EST-CE QU'ON A DONNÉ À (nom) UN MÉDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ➔ CA14</p> <p>8 ➔ CA14</p>
<p>CA13. QUEL MÉDICAMENT A-T-ON DONNÉ À (nom) ?</p> <p><i>Insistez :</i> AUCUN AUTRE MÉDICAMENT ?</p> <p>Encercler tous les médicaments donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Antibiotique</p> <p>Comprimé / Strop A</p> <p>Injection B</p> <p>Antipaludéens M</p> <p>Paracétamol/Panadol/Acétaminophène P</p> <p>Aspirine Q</p> <p>Ibuprofen R</p> <p>Autre (précisez) X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>CA14. Vérifiez AG2 : enfant de moins de 3 ans ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ➔ Continuez avec CA15</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ➔ Allez au module suivant</p>		
<p>CA15. LA DERNIÈRE FOIS QUE (nom) EST ALLÉ DEFÉQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DÉBARRASSER DES EXCRÈMENTS ?</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>Laissé à l'air libre 06</p> <p>Autre (précisez) 96</p> <p>NSP 98</p>	

VACCINATIONS										IM
Si un carnet de vaccination est disponible, recopiez les dates à IM3 pour chaque vaccination enregistrée sur le carnet. Les questions IM6-IM16 servent à enregistrer les vaccinations qui ne sont pas inscrites sur le carnet. Vous ne poserez IM6-IM16 que si un carnet n'est pas disponible										
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 DÉJÀ 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								Reçu dans : Public = 1 Privé = 2 Non Spécifié = 3
		Jour		Mois		Année				
BCG	BCG									1 2 3
Polio 1	VPO1									1 2 3
Polio 2	VPO2									1 2 3
Polio 3	VPO3									1 2 3
DTC001	DTCoq1									1 2 3
DTC002	DTCoq2									1 2 3
DTC003	DTCoq3									1 2 3
HepB A LA NAISSANCE	H0									1 2 3
HepB1	H1									1 2 3
HepB2	H2									1 2 3
HepB3	H3									1 2 3
HIB1	HiB1									1 2 3
HIB2	HiB2									1 2 3
HIB3	HiB3									1 2 3
ANTI-PNEUMOCOCCIQUE										1 2 3
ROUGEOLE (OU ROR)	ROUGEOLE									1 2 3
IM4. Vérifiez IM3. Est-ce que toutes les vaccinations (du BCG à la Rougeole) sont enregistrées? <input type="checkbox"/> Oui → Continuez avec IM18 <input type="checkbox"/> Non → Continuez avec IM5										
IM5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRÉ SUR CE CARNET, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNÉES 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 DÉJÀ REÇU DES VACCINS POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNÉES DE VACCINATIONS ?		Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8						2 → IM18 8 → IM18		
IM7. EST-CE QUE (nom) 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 ?		Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8								
IM8. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE DES MALADIES - C'EST-À-DIRE LA POLO ?		Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8						2 → IM11 8 → IM11		
IM9. EST-CE QUE LA PREMIÈRE DOSE DU VACCIN CONTRE LA POLO A ÉTÉ DONNÉE 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 POLO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?		Nombre de fois _								

IM11. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU « LE VACCIN DTCoq » – C'EST-À-DIRE UNE INJECTION À LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTÉRIE ? 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 CONTRE LE DTCoq A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois _	
IM13. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU LE VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B – C'EST-À-DIRE UNE INJECTION À LA CUISSE OU À LA FESSE – POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER L'HÉPATITE 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 PREMIÈRE DOSE D'HÉPATITE B A ÉTÉ DONNÉE 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'HÉPATITE B A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois _	
IM16. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE OU UNE INJECTION ROR - C'EST-À-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 15 MOIS OU PLUS - POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	

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

UF14. Est-ce que l'enquêté(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d'un autre enfant âgé de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?

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

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

Vérifiez s'il y a une autre femme ou un autre enfant de moins de 5 ans à qui vous devrez administrer un questionnaire dans ce ménage.

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.

ANTHROPOMÉTRIE		AN
Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant. Enregistrez ci-dessous le poids et la taille en position allongée ou en position debout, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifiez le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.		
AN1. NOM ET CODE DU TECHNICIEN :	_____ Nom ____	
AN2. Résultat des mesures de la taille en position debout/allongée et du poids	Une ou les deux mesures..... 1 Enfant non présent 2 Enfant ou gardienne a refusé 3 Autre (précisez) _____ 6	2 ➔ AN6 3 ➔ AN6 6 ➔ AN6
AN3. Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg)..... _ . _ Poids non mesuré 99.9	
AN4. Taille de l'enfant en position debout ou allongée Vérifiez l'âge de l'enfant à AG2 : <input type="checkbox"/> Enfant de moins de 2 ans. ➔ Mesurez la taille (position allongée). <input type="checkbox"/> Enfant de 2 ans ou plus. ➔ Mesurez la taille (position debout).	Taille _____ (cm) Position allongée 1 _ . _ Taille _____ (cm) Position debout 2 _ . _ Taille allongée/debout non mesurée 9999.9	
AN5. Œdème Observez et enregistrez	Vérifié : Œdème présent 1 Œdème non présent 2 Pas sûr 3 Non vérifié (précisez la raison) _____ 7	
? AN6. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques <input type="checkbox"/> Oui. ➔ Enregistrez les mesures pour l'enfant suivant. <input type="checkbox"/> Non. ➔ Terminez l'interview avec ce ménage en remerciant tous les participants pour leur coopération. Rassemblez tous vos questionnaires pour ce ménage et vérifiez que tous les numéros d'identification sont insérés à chaque page. Notez dans le panneau d'information sur le ménage le nombre d'interviews complétées.		

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

--

Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain

--

Observations du superviseur

--

Modifications par rapport à la version standard

- Enregistrement des naissances: La question BR2A a été ajoutée
- Développement de l'enfant: Les questions EC17A, EC17B ont été ajoutées
- VIH/Sida : La question question H12A a été ajoutée
- Vaccination : Les questions question questions IM17, IM18, IM19, IM20 ont été supprimées