

E.5 QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS



QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS
MICS Tunisie 2017-2018



PANNEAU D'INFORMATION SUR L'ENFANT		UF
UF1. Numéro de grappe : _____	UF2. Numéro du ménage: _____	
UF3. Nom et numéro de ligne de l'enfant: NOM _____	UF4. Nom et numéro de ligne de la mère / gardien(ne) : NOM _____	
UF5. Nom et numéro de l'enquêteur : NOM _____	UF6. Nom et Numéro du chef d'équipe : NOM _____	
UF7. Jour/ Mois / Année de l'interview: _____ / _____ / <u>2 0 1</u> _____	UF8. Enregistrer l'heure de début de l'entretien:	HEURE : MINUTES S _____ : _____

Vérifier l'âge du/de la répondant(e) à HL6 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE: Si l'âge est de 15-17 ans, vérifier que le consentement d'un adulte pour l'interview a été obtenu (HH33 ou HH39) ou pas nécessaire (HL20=90). Si le consentement est nécessaire mais pas obtenu, l'interviewé doit pas commencer et '06' doit être enregistré à UF17. Le/larépondant(e) doit avoir au moins 15 ans.

UF9. Vérifier les questionnaires complétés dans ce ménage : Avez-vous ou un autre membre de votre équipe déjà interviewé ce répondant sur un autre questionnaire ?	OUI, DEJA INTERVIEWE 1 NON, PREMIERE INTERVIEW 2	1 ⇒ UF10B 2 ⇒ UF10A
UF10A. BONJOUR, JE M'APPELLE (VOTRE NOM). NOUS SOMMES DE L' INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE . NOUS MENONS UNE ENQUETE SUR LA SITUATION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DES MENAGES. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (NOM DE L'ENFANT A UF3). CET ENTRETIEN PREND HABITUELLEMENT 15 DE MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS OBTIENDRONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES. SI VOUS NE VOULEZ PAS REpondre A UNE QUESTION OU VOULEZ STOPPER L'ENTRETIEN, MERCI DE ME LE FAIRE SAVOIR. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?	UF10B. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (NOM DE L'ENFANT A UF3). CET ENTRETIEN PREND HABITUELLEMENT 15 DE MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS OBTIENDRONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES. SI VOUS NE VOULEZ PAS REpondre A UNE QUESTION OU VOULEZ STOPPER L'ENTRETIEN, MERCI DE ME LE FAIRE SAVOIR. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?	
OUI..... 1 NON / PAS DEMANDE..... 2	1 ⇒ MODULE CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT 2 ⇒ UF17	

<p>UF17. Résultat de l'interview de l'enfant de moins de 5 ans</p> <p><i>Les codes font référence à la mère/gardien(ne). Discuter tous les résultats non complets avec votre superviseur.</i></p>	COMPLETE	01
	PAS A LA MAISON	02
	REFUSE.....	03
	PARTIELLEMENT COMPLETE.....	04
	EN INCAPACITE (préciser).....	05
	PAS DE CONSENTEMENT D'UN ADULTE POUR MERE/GARDIEN(NE) DE 15-17 ANS	06
AUTRE (préciser)	96	

CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS		UB
<p>UB0. AVANT QUE JE COMMENCE L'INTERVIEW, POURRIEZ-VOUS APPORTER, SVP, LE CERTIFICAT DE NAISSANCE DE (NOM), SON CARNET DE VACCINATION? NOUS AURONS BESOIN DE NOUS REFERER A CES DOCUMENTS.</p>		
<p>UB1. EN QUEL JOUR, QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (NOM) EST-IL/ELLE NE(E)?</p> <p><i>INSISTER: QUAND EST SON ANNIVERSAIRE ?</i></p> <p><i>Si la mère/gardien(ne) connaît la date de naissance exacte, enregistrera aussi le jour de naissance ; sinon, enregistrer '98' pour jour.</i></p> <p><i>Les Mois et Année doivent être enregistrés.</i></p>	<p>DATE DE NAISSANCE</p> <p>JOUR..... __ __</p> <p>NSPJOUR 98</p> <p>MOIS..... __ __</p> <p>ANNEE <u>2 0 1</u> __</p>	

<p>UB2. QUEL AGE A(NOM)?</p> <p><i>INSISTER:</i> QUEL AGE A EU (NOM) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</p> <p><i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i></p> <p><i>Enregistrer '0', si moins d'un an.</i></p> <p><i>Si les réponses à UB1 et UB2 sont incohérentes, insister et corriger.</i></p>	<p>AGE(EN ANNEES REVOLUES)..... __</p>	
<p>UB3. Vérifier UB2: Age de l'enfant?</p>	<p>0, 1, OU 2 ANS..... 1 3 OU 4 ANS..... 2</p>	<p>1 ⇒ UB9</p>
<p>UB4. Vérifier le numéro de ligne du/de la répondant(e) (UF4) et celui du/de la répondant(e) au MENAGE QUESTIONNAIRE (HH47):</p>	<p>REPONDANTE EST LA MEME, UF4=HH47..... 1 REPONDANTEN'EST PAS LA MEME UF4≠HH47..... 2</p>	<p>2 ⇒ UB6</p>
<p>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 ?</p>	<p>OUI, ED10=0..... 1 NON, ED10≠0 OU VIDE..... 2</p>	<p>1 ⇒ UB8B 2 ⇒ UB9</p>
<p>UB6. EST-CE QUE (NOM) A DEJA FREQUENTE UN PROGRAMME D'EDUCATION PRE-PRIMAIRE, TEL QUE LA CLASSE PREPARATOIRE, JARDIN D'ENFANT OU KOUTTEB?</p>	<p>OUI 1 NON..... 2</p>	<p>2 ⇒ UB9</p>
<p>UB7. A N'IMPORTE QUEL MOMENT DEPUIS LE MOIS DE SEPTEMBRE, AT-IL/ELLE ASSISTE A (PROGRAMMES MENTIONNES A UB6)?</p>	<p>OUI 1 NON..... 2</p>	<p>1 ⇒ UB8A 2 ⇒ UB9</p>
<p>UB8A. EST-CE QU'IL/ELLE FREQUENTE ACTUELLEMENT (PROGRAMME MENTIONNE A UB6)?</p> <p>UB8B. VOUS AVEZ MENTIONNE QUE (NOM) A FREQUENTE UN PROGRAMME D'EDUCATION PRE-PRIMAIRE CETTE ANNEE SCOLAIRE. EST-CE QU'IL/ELLE PARTICIPE ACTUELLEMENT A CE PROGRAMME?</p>	<p>OUI 1 NON..... 2</p>	

UB9. EST-CE QUE (<i>NOM</i>)EST COUVERT(E) PAR UNE ASSURANCE SANTE?	OUI..... 1 NON..... 2	2 ⇨ <i>FIN</i>
UB10. PAR QUEL TYPE D'ASSURANCE SANTE (<i>NOM</i>) EST-IL/ELLE COUVERT(E)? <i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i>	CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE(CNAM)..... A ASSURANCE SANTE PRIVEE..... D SOINS PUBLICS GRATUITS (CARNET BLANC) E SOINS A TARIF REDUIT (CARNET JAUNE)..... F AUTRE (<i>préciser</i>) X	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
BR1. EST-CE QUE (NOM) A UN CERTIFICAT DE NAISSANCE ? <i>SI 'OUI', DEMANDER:</i> PUIS-JE LE VOIR SVP ?	OUI, VU.....1	1 ⇒FIN
	OUI, PAS VU2	2 ⇒FIN
	NON.....3	
	NSP8	
BR2. LA NAISSANCE DE (NOM) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE AUPRES DE L'ETAT CIVIL ?	OUI1	1 ⇒FIN
	NON.....2	
	NSP8	
BR3. SAVEZ-VOUS COMMENT ENREGISTRER LA NAISSANCE DE(NOM) ?	OUI1	
	NON.....2	

DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE		EC
<p>EC1. COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (NOM) ?</p>	<p>AUCUN.....00</p> <p>NOMBRE DE LIVRES POUR ENFANTS....0__</p> <p>10 LIVRES OU PLUS10</p>	
<p>EC2. JE VOUDRAIS SAVOIR AVEC QUOI (NOM) JOUE QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON.</p> <p>EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC :</p> <p>[A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ?</p> <p>[B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ?</p> <p>[C] DES OBJETS DU MENAGE (COMME DES BASSINES, CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ?</p>	<p>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 PASSEE, COMBIEN DE JOURS (NOM) A T-IL/ELLE ETE:</p> <p>[A] LAISSE SEUL(E) POUR PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p>[B] LAISSE SOUS LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT, C'EST-A-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS, POUR PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p><i>Si 'Aucun', enregistrer '0'.</i> <i>Si 'NSP', enregistrer '8'.</i></p>	<p>NOMBRE DE JOURS LAISSES SEUL POUR PLUS D'UNE HEURE.....__</p> <p>NOMBRE DE JOURS LAISSES SOUS LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT POUR PLUS D'UNE HEURE.....__</p>	

EC4. VERIFIER UB2: AGE DE L'ENFANT?	AGE 0 OU 1 ANS 1 AGE 2, 3 OU 4ANS 2	1 ⇨ FIN																																			
<p>EC5. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE 15 ANS OU PLUS, PARTICIPE AVEC (NOM) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>SI 'OUI', DEMANDER: QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (NOM)?</i></p> <p><i>UNE MERE OU UN PERE ADOPTIF VIVANT DANS LE MENAGE QUI A PARTICIPE AVEC L'ENFANT DOIT ETRE CODE COMME MERE OU PERE.</i></p> <p><i>EN REGISTRER TOUT CE QUI S'APPLIQUE.</i></p> <p><i>'PERSONNE' NE PEUT PAS ETRE ENREGISTRE S'IL Y A UN MEMBRE DU MENAGE DE PLUS DE 15 ANS QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC L'ENFANT.</i></p> <p>[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRES AVEC (NOM) ?</p> <p>[B] RACONTER DES HISTOIRES A (NOM) ?</p> <p>[C] CHANTER DES CHANSONS AVEC OU A (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>MERE</th> <th>PERE</th> <th>AUTRE</th> <th>PERSONNE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LIRE LIVRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>RACONTER HISTOIRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>CHANTER CHANSONS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>L'EMMENER DEHORS</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>NOMMER, COMPTER, DESSINER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		MERE	PERE	AUTRE	PERSONNE	LIRE LIVRES	A	B	X	Y	RACONTER HISTOIRES	A	B	X	Y	CHANTER CHANSONS	A	B	X	Y	L'EMMENER DEHORS	A	B	X	Y	JOUER AVEC	A	B	X	Y	NOMMER, COMPTER, DESSINER	A	B	X	Y	
	MERE	PERE	AUTRE	PERSONNE																																	
LIRE LIVRES	A	B	X	Y																																	
RACONTER HISTOIRES	A	B	X	Y																																	
CHANTER CHANSONS	A	B	X	Y																																	
L'EMMENER DEHORS	A	B	X	Y																																	
JOUER AVEC	A	B	X	Y																																	
NOMMER, COMPTER, DESSINER	A	B	X	Y																																	
EC5G. Vérifier UB2: âge de l'enfant ?	2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2	1 ⇨ FIN																																			

<p>EC6. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. LES ENFANTS NE SE DEVELOPPENT PAS TOUS DE MANIERE IDENTIQUE ET ILS N'APPRENNENT PAS TOUS A LA MEME VITESSE. CERTAINS, PAR EXEMPLE, MARCHENT PLUS TOT QUE D'AUTRES. CES QUESTIONS PORTENT SUR PLUSIEURS ASPECTS DU DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT.</p> <p>EST-CE QUE (<i>NOM</i>) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L' ALPHABET ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>EC7. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) PEUT LIRE AU MOINS 4 MOTS SIMPLES ET COURANTS ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>EC8. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) CONNAIT LES NOMS ET LES SYMBOLES DES CHIFFRES DE 1 A 10 ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>EC9. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) PEUT ATTRAPER PAR TERRE UN PETIT OBJET AVEC DEUX DOIGTS, TEL UN BATON OU UN CAILLOU?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>EC10. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) EST PARFOIS TROP MALADE POUR JOUER ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>EC11. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS SUR COMMENT FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>EC12. QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (<i>NOM</i>) EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>EC13. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>EC14. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>EC15. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) EST FACILEMENT DISTRAIT ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2</p> <p>NSP..... 8</p>	

DISCIPLINE DE L'ENFANT	UCD	
UCD1. VERIFIERUB2: AGE DE L'ENFANT ?	0 AN..... 1 1, 2, 3 OU 4 ANS..... 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, si <u>vous avez ou n'importe quel autre membre de votre ménage</u> a utilisé une de ces méthodes avec <u>(nom)</u> au cours du mois dernier.</p> <p>[A] Retirer des privilèges, interdire quelque chose que <u>(nom)</u> aime faire ou ne pas lui permettre de quitter la maison.</p> <p>[B] Expliquer à <u>(nom)</u> 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/la) frapper ou (le/la) taper sur les fesses à main nues.</p> <p>[G] (Le/la) frapper sur les fesses ou sur d'autres parties du corps avec quelque chose tel 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 style="text-align: right;">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>	

<p>UCD3. VERIFIER UF4: EST-CE QUE LE/LA REpondant(E) EST LA MERE OU LE/LA GARDIEN(NE) D'UN AUTRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS OU D'UN ENFANT DE 5-14 ANS SELECTIONNE POUR LE QUESTIONNAIRE ENFANT DE 5-17 ANS ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>2 ⇒UCD5</p>
<p>UCD4. VERIFIER UF4 : EST-CE QUE CE/CETTE REpondant(E) A DEJA REpondU A LA QUESTION SUIVANTE (UCD5 OU FCD5) POUR UN AUTRE ENFANT ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>1 ⇒FIN</p>
<p>UCD5. Pensez-vous que pour élever ou éduquer correctement un enfant, il est nécessaire qu'il soit puni physiquement ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP / PAS D'OPINION 8</p>	

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANTUCF		
UCF1. VERIFIERUB2: AGE DE L'ENFANT ?	0 OU 1 AN..... 1 2, 3 OU 4 ANS..... 2	1 ⇒FIN
UCF2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LES DIFFICULTES QUE (NOM) PEUT CONNAITRE: (NOM) PORTE-T-IL/ELLE DES LUNETTES ?	OUI 1 NON..... 2	
UCF3. (NOM) UTILISE-T-IL/ELLE UNE PROTHESE AUDITIVE?	OUI 1 NON..... 2	
UCF4. (NOM) UTILISE-T-IL/ELLE UN EQUIPEMENT OU REÇOIT-IL/ELLE DE L'ASSISTANCE POUR MARCHER ?	OUI 1 NON..... 2	
UCF5. POUR LES QUESTIONS SUIVANTES, JE VOUS DEMANDERAI DE REpondre EN SELECTIONNANT UNE REponse PArMI QUATRE REponses POSSIBLES. POUR CHAQUE QUESTION DIRIEZ-VOUS QUE (NOM) A 1) AUCUNE DIFFICULTE, 2) QUELQUES DIFFICULTES, 3) BEAUCOUP DE DIFFICULTES OU 4) SI IL/ELLE NE PEUT PAS DU TOUT FAIRE L'ACTIVITE. <i>REPETER LES CATEGORIES EN POSANT LES QUESTIONS INDIVIDUELLES A CHAQUE FOIS QUE LA REpondANTE N'UTILISE PAS UNE DES CATEGORIES DE REponse.</i> RAPPELEZ-VOUS QUE LES 4 REponses POSSIBLES SONT DIRIEZ-VOUS QUE (NOM) A : 1) AUCUNE DIFFICULTE, 2) QUELQUES DIFFICULTES, 3) BEAUCOUP DE DIFFICULTES OU 4) NE PEUT PAS DU TOUT FAIRE L'ACTIVITE ?		
UCF6. Vérifier UCF2: Enfant porte des lunettes ?	OUI, UCF2=1 1 NON, UCF2=2..... 2	1 ⇒UCF7A 2 ⇒UCF7B

<p>UCF7A. LORSQU'IL/ELLE PORTE SES LUNETTES, (<i>NOM</i>) A-T-IL/ELLE DES DIFFICULTES A VOIR ?</p> <p>UCF7B. (<i>NOM</i>) A-T-IL/ELLE DES DIFFICULTES A VOIR ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE 1</p> <p>QUELQUES DIFFICULTES 2</p> <p>BEAUCOUP DE DIFFICULTES..... 3</p> <p>NE PEUT PAS DU TOUT VOIR..... 4</p>	
<p>UCF8. Vérifier UCF3: <i>Enfant porte une prothèse auditive ?</i></p>	<p>OUI, UCF3=1 1</p> <p>NON, UCF3=2..... 2</p>	<p>1 ⇨ UCF9A</p> <p>2 ⇨ UCF9B</p>
<p>UCF9A. LORSQU'IL/ELLE UTILISE SA PROTHESE AUDITIVE, (<i>NOM</i>) A-T-IL/ELLE DES DIFFICULTES A ENTENDRE DES SONS COMME LA VOIX DES GENS OU DE LA MUSIQUE ?</p> <p>UCF9B. (<i>NOM</i>) A-T-IL /ELLE DES DIFFICULTES A ENTENDRE DES SONS COMME LA VOIX DES GENS OU DE LA MUSIQUE ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE 1</p> <p>QUELQUES DIFFICULTES 2</p> <p>BEAUCOUP DE DIFFICULTES..... 3</p> <p>NE PEUT PAS DU TOUT ENTENDRE 4</p>	
<p>UCF10. Vérifier UCF4: <i>Enfant utilise un équipement ou reçoit de l'assistance pour marcher ?</i></p>	<p>OUI, UCF4=1 1</p> <p>NON, UCF4=2..... 2</p>	<p>1 ⇨ UCF11</p> <p>2 ⇨ UCF13</p>
<p>UCF11. SANS SON EQUIPEMENT OU SANS ASSISTANCE, (<i>NOM</i>) A-T-IL /ELLE DES DIFFICULTES A MARCHER ?</p>	<p>QUELQUES DIFFICULTES 2</p> <p>BEAUCOUP DE DIFFICULTES..... 3</p> <p>NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER..... 4</p>	
<p>UCF12. AVEC SON EQUIPEMENT OU ASSISTANCE, (<i>NOM</i>) A-T-IL/ELLE DES DIFFICULTES A MARCHER ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE 1</p> <p>QUELQUES DIFFICULTES 2</p> <p>BEAUCOUP DE DIFFICULTES..... 3</p> <p>NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER..... 4</p>	<p>1 ⇨ UCF14</p> <p>2 ⇨ UCF14</p> <p>3 ⇨ UCF14</p> <p>4 ⇨ UCF14</p>
<p>UCF13. PAR RAPPORT AUX ENFANTS DU MEME AGE, (<i>NOM</i>) A-T-IL/ELLE DES DIFFICULTES A MARCHER ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE 1</p> <p>QUELQUES DIFFICULTES 2</p> <p>BEAUCOUP DE DIFFICULTES..... 3</p> <p>NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER..... 4</p>	
<p>UCF14. PAR RAPPORT AUX ENFANTS DU MEME AGE, (<i>NOM</i>) A-T-IL /ELLE DES DIFFICULTES A SAISIR DES PETITS OBJETS AVEC SA MAIN ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE 1</p> <p>QUELQUES DIFFICULTES 2</p> <p>BEAUCOUP DE DIFFICULTES..... 3</p> <p>NE PEUT PAS DU TOUT SAISIR..... 4</p>	
<p>UCF15. (<i>NOM</i>) A-T-IL /ELLE DES DIFFICULTES A VOUS COMPRENDRE ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE 1</p> <p>QUELQUES DIFFICULTES 2</p> <p>BEAUCOUP DE DIFFICULTES..... 3</p> <p>NE PEUT PAS DU TOUT COMPRENDRE .. 4</p>	

<p>UCF16. LORSQUE(<i>NOM</i>) PARLE, AVEZ-VOUS DES DIFFICULTES A LE/LA COMPRENDRE ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES..... 3 NE PEUT PAS DU TOUT ETRE COMPRIS 4</p>	
<p>UCF17. PAR RAPPORT AUX ENFANTS DU MEME AGE, (<i>NOM</i>) A-T-IL /ELLE DES DIFFICULTES A APPRENDRE DES CHOSES ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES..... 3 NE PEUT PAS DU TOUT APPRENDRE 4</p>	
<p>UCF18. PAR RAPPORT AUX ENFANTS DU MEME AGE, (<i>NOM</i>) A-T-IL /ELLE DES DIFFICULTES A JOUER ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES..... 3 NE PEUT PAS DU TOUT JOUER..... 4</p>	
<p>UCF19. LA PROCHAINE QUESTION A 5 OPTIONS DE REponses DIFFERENTES. JE VAIS VOUS LES LIRE APRES CHAQUE QUESTION.</p> <p>PAR RAPPORT AUX ENFANTS DU MEME AGE, (<i>NOM</i>) DONNE-T-IL/ELLE DES COUPS DE PIED, MORD-IL/ELLE OU FRAPPE-T-IL/ELLE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES?</p> <p>DIRIEZ-VOUS : PAS DU TOUT, MOINS, LA MEME CHOSE, PLUS OU BEAUCOUP PLUS ?</p>	<p>PAS DU TOUT..... 1 MOINS..... 2 LA MEME CHOSE 3 PLUS..... 4 BEAUCOUP PLUS 5</p>	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE		BD
BD1. VERIFIER UB2: AGE DE L'ENFANT ?	0, 1, OU 2 ANS1 3 OU 4 ANS2	2 ⇨ FIN
BD2. Est-ce que (nom) a été allaité ?	OUI1 NON2 NSP8	2 ⇨ BD3A 8 ⇨ BD3A
BD3. Est-ce que (nom) est toujours allaité ?	OUI1 NON2 NSP8	
BD3A. VERIFIER UB2: AGE DE L'ENFANT ?	AGE 0 OU 1 ANS1 AGE 2 ANS2	2 ⇨ FIN
BD4. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu quelque chose au biberon ?	OUI1 NON2 NSP8	
BD5. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu des Sels de Réhydratation Orales ou SRO ?	OUI1 NON2 NSP8	
BD6. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu mangé des vitamines ou des suppléments minéraux ou n'importe quel médicament ?	OUI1 NON2 NSP8	
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 CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu (nom du breuvage) :		
[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 ?	BOUILLON CLAIR	1 2 8

[D] Du lait maternisé tel que l'aptamil, primalac, modulac?	LAIT MATERNISE	1	2 ☺	8 ☺	BD7[E] BD7[E]
[D1] Combien de fois (nom) a t-il bu du lait maternisé ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	NOMBRE DE FOIS BU DU LAIT MATERNISE __				
[E] Du lait d'animal, qu'il soit frais en boîte ou en poudre ?	LAIT	1	2 ☺	8 ☺	BD7[X] BD7[X]
[E1] Combien de fois (nom) a t-il bu du lait <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	NOMBRE DE FOIS BU DU LAIT__				
[X] N'importe quels autres liquides ?	AUTRES LIQUIDES	1	2 ☺	8 ☺	BD8 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, incluez la nourriture consommée en dehors de votre maison.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensez au moment où (nom) s'est réveillé(e) hier. Est-ce qu'il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ? <i>Si 'Oui' demander: SVP, dites-moi tout ce que (nom) a mangé à ce moment-là. Insister: Rien d'autre ? Enregistrer les réponses en utilisant les groupes d'aliments ci-dessous.</i> - Qu'est-ce que (nom) a fait après cela ? Est-ce qu'il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ? <i>Répéter cette série de questions, enregistrer les réponses 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>Pour chaque groupe d'aliments non mentionné après avoir fini la question au-dessus, demander: Juste pour être sûre, est-ce que (nom) a mangé (groupe d'aliments) hier durant le jour ou la nuit ?</p>	OUI NON NSP				

<p>[A] Du yaourt fait avec du lait d'animal ?</p> <p><i>Noter que yaourt liquide /à boire doit être capturé à BD7[E] ou à BD7[X] dépendant de contenu du lait .</i></p>	<p>YAOURT</p> <p>1 2 [☆] 8 [☆]</p> <p>BD8[B] BD8[B]</p>
<p>[A1] Combien de fois (nom) a t-il/elle mangé du yaourt ?</p> <p><i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i></p>	<p>NOMBRE DE FOIS MANGE YAOURT</p> <p>..... _</p>
<p>[B] De la nourriture pour bébé telle que Cérééal ou compote?</p>	<p>NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBE</p> <p>1 2 8</p>
<p>[C] Du pain, riz, pâtes, porridge, ou autres aliments à base de grains ?</p>	<p>NOURRITURE A BASE DE CEREALES</p> <p>1 2 8</p>
<p>[D] Courge, carotte, citrouille, patates douces qui sont jaune ou orange à l'intérieur ?</p>	<p>COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, ETC.</p> <p>1 2 8</p>
<p>[E] Des pommes de terre, radis ou autre nourriture à base de tubercules ?</p>	<p>NOURRITURE A BASE DE TUBERCULES</p> <p>1 2 8</p>
<p>[F] N'importe quels légumes à feuilles vert foncé comme persil, épinard, laitue?</p>	<p>LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE</p> <p>1 2 8</p>
<p>[G] Mangues mures ou des papayes mures ou abricots?</p>	<p>MANGUE MURE, PAPAYE MURE</p> <p>1 2 8</p>
<p>[H] Tout autre fruit et légume ?</p>	<p>AUTREFRUITS OU LEGUMES</p> <p>1 2 8</p>
<p>[I] Du foie, des rognons, du cœur ou autres abats?</p>	<p>ABATS</p> <p>1 2 8</p>

[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 (arachides, amandes, etc.) y compris toute préparation faite avec ces aliments ?	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 [⚡] BD9	8 [⚡] BD9
[X1] <i>Enregistrez tous les aliments solides, semi-solides ou mous qui ne correspondent pas aux groupes d'aliments ci-dessus.</i>	(Préciser) _____			
BD9. Combien de fois (<i>nom</i>) a-t-il/elle mangé des aliments solides, semi-solides ou mou hier durant le jour et la nuit ? <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> <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	NOMBRE DE FOIS __ NSP 8			

VACCINATIONS		IM	
IM1. VERIFIER UB2: AGE DE L'ENFANT ?	0, 1, OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2	2 ⇨ FIN	
IM2. AVEZ-VOUS UNCARNET DE VACCINATIONS OU LES VACCINATIONS DE (<i>NON</i>) SONT ENREGISTREES?	OUI, A CARNET 1 NON, N'A PAS DE CARNET 4	1 ⇨ IM4B	
IM3. AVEZ-VOUS DEJA EU UN CARNET?	OUI 1 NON 2		
IM4. VERIFIER IM2:	NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT DISPONIBLE, IM2=4... 2		
IM4A OU (LE NON) A FAIT LE VACCIN, DANS LE PUBLIC, DANS LE PRIVEE OU DANS LE PUBLIC ET LE PRIVE ?	LE SECTEUR PUBLIC1 LE SECTEUR PRIVE2 LE SECTEUR PUBLIC ET PRIVE3	1 ⇨ IM11 2 ⇨ IMP11 3 ⇨ IMPP11	
IM4B OU (LE NON) A FAIT LE VACCIN, DANS LE PUBLIC, DANS LE PRIVEE OU DANS LE PUBLIC ET LE PRIVE ?	LE SECTEUR PUBLIC1 LE SECTEUR PRIVE2 LE SECTEUR PUBLIC ET PRIVE3		
IM5. PUIS-JE VOIR LE CARNET/CARTE (ET/OU) L'AUTRE DOCUMENT ?	OUI, CARNET DU SECTEUR PUBLIC VU 1 OUI, CARNET DU SECTEUR PRIVE VU 2 OUI, CARNET(S) DU SECTEUR PUBLIC ET PRIVE VUS 3 NON, LE CARNET DU SECTEUR PUBLIC PAS VU 4 NON, LE CARNET DU SECTEUR PRIVE PAS VU 5 NON, LE CARNET DES 2 SECTEURS PAS VU 6	1 ⇨ IM6 2 ⇨ IMP6 3 ⇨ IMPP6 4 ⇨ IM11 5 ⇨ IMP11 6 ⇨ IMPP11	
IM6. (a) Copier les dates de chaque vaccination à partir de la/le carte/carnet. (b) Ecrire '44' dans la colonne jour si la/le carte/carnet montre que la vaccination a été donnée mais la date n'est pas enregistrée.	DATE DE VACCINATION		
	JOUR	MOIS	ANNEE

BCG	BCG					2	0	1		
HEPB (A LA NAISSANCE)	HEPB0					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)	VPI1					2	0	1		
POLIO (VPI)	VPI2					2	0	1		
PENTAVALENT (DTCOQ /HIB/ HEPB) 1	PENTA1					2	0	1		
PENTAVALENT (DTCOQ /HIB/ HEPB) 2	PENTA2					2	0	1		
PENTAVALENT (DTCOQ /HIB/ HEPB) 3	PENTA3					2	0	1		
RR1						2	0	1		
RR2						2	0	1		
RAPPEL DTC RAPPEL VPO						2	0	1		
IM7. VERIFIER IM6 :TOUS LES VACCINS (BCG AU RAPPEL DTC/VPO) ENREGISTRES (SELON L'AGE DE L'ENFANT)?		OUI.....		1	1 ⇒FIN					
		NON		2						
IM9. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE DANS LE DOCUMENT QUE VOUS NOUS AVEZ MONTRE, EST-CE QUE (NOM) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS QU'ON VIENT DE MENTIONNER ?		OUI.....		1	2 ⇒FIN					
		NON		2						
		NSP.....		8	8 ⇒FIN					
IM10. RETOURNER A IM6 ET INSISTER POUR CES VACCINATIONS.										
<i>ENREGISTRER '66' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR CHAQUE VACCIN REÇU.</i>										
<i>POUR LES VACCINATIONS PAS REÇUES, ENREGISTRER '00'.</i>										
<i>QUAND C'EST FAIT, ALLER A LA FIN DU MODULE.</i>					⇒FIN					

IM11. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU DES VACCINATIONS POUR L'EMPECHER D'ATTRAPER DES MALADIES?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	
IM13. <i>VERIFIER IM11:</i>	TOUT NON OU NSP..... 1 AU MOINS UN OUI 2	1 ⇒FIN
IM14. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS LE BRAS OU L'ÉPAULE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	
IM15. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU UN VACCIN CONTRE L'HEPATITE B – UNE INJECTION A LA CUISSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER L'HEPATITE B DANS LES 24 H APRES SA NAISSANCE ?	OUI, DANS LES 24 HEURES..... 1 OUI, MAIS PAS DANS LES 24 HEURES..... 2 NON 3 NSP..... 8	
IM16. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU UN VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE POUR LE/LA PROTEGER CONTRE LA POLIO ? <i>INSISTER EN INDIQUANT QUE LA PREMIERE GOUTTE EST GENERALEMENT DONNEE ENTRE LE 2^{EME} ET LE 6^{EME} MOIS</i>	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	2 ⇒IM20 8 ⇒IM20
IM18. COMBIEN DE FOIS LES GOUTTES DE POLIO ONT ETE DONNEES ?	NOMBRE DE FOIS ___ NSP..... 8	
IM19. LA DERNIERE FOIS QUE (<i>NOM</i>) A REÇU DES GOUTTES DE POLIO, EST-CE QU'IL/ELLE A EGALEMENT REÇU UNE INJECTION POUR LE/LA PROTEGER CONTRE LA POLIO ? <i>INSISTER POUR S'ASSURER QUE LES DEUX, GOUTTES ET INJECTION, ONT ETE DONNEES.</i>	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	2 ⇒IM20 8 ⇒IM20

IM19A. COMBIEN DE FOIS (<i>NOM</i>) A REÇU DES INJECTIONS CONTRE LA POLIO ?	NOMBRE DE FOIS _ NSP..... 8	
IM20. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN PENTAVALENT – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LA CUISSE POUR L’EMPECHER D’ATTRAPER LE TETANOS, LA COQUELUCHE, LA DIPHTERIE, L’HEPATITE B ET L’HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE B? <i>INSISTER EN INDIQUANT QUE LE VACCIN PENTAVALENT EST PARFOIS DONNE EN MEME TEMPS QUE LES GOUTTES DE POLIO.</i>	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	2 ⇒ IM26 8 ⇒ IM26
IM21. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PENTAVALENT A ETE DONNE ?	NOMBRE DE FOIS _ NSP..... 8	
IM26. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN RR – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS A L’AGE DE 12 MOIS OU PLUS POUR L’EMPECHER D’ATTRAPER LA ROUGEOLE, ET LA RUBEOLE ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	2 ⇒ FIN 8 ⇒ FIN
IM26A. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN RR A ETE DONNE ?	NOMBRE DE FOIS _ NSP..... 8	

VACCINATIONS SECTEUR PRIVE							IMP
IMP6. <i>(c) Copier les dates de chaque vaccination à partir de la/le carte/carnet.</i> <i>(d) Ecrire '44' dans la colonne jour si la/le carte/carnet montre que la vaccination a été donnée mais la date n'est pas enregistrée.</i>	DATE DE VACCINATION						
	JOUR	MOIS	ANNEE				
BCG			2	0	1		
A) UNE SEULE INJECTION : HEXA OU POURSUIVRE A PARTIR DE B)							
INFANRIX HEXA 1			2	0	1		
INFANRIX HEXA 2			2	0	1		

INFANRIX HEXA 3					2	0	1		
B) 2 INJECTION : PENTA ET HEPATITE B									
PENTAXIM 1					2	0	1		
PENTAXIM 2					2	0	1		
PENTAXIM 3					2	0	1		
HEP B 1					2	0	1		
HEP B 2					2	0	1		
HEP B 3					2	0	1		
RAPPEL TETRAXIM OU PENTAXIM					2	0	1		
PREVNAR OU SYNFLORIX 1					2	0	1		
PREVNAR OU SYNFLORIX 2					2	0	1		
PREVNAR OU SYNFLORIX 3					2	0	1		
PREVNAR OU SYNFLORIX 4					2	0	1		
ROTARIX 1					2	0	1		
ROTARIX 2					2	0	1		
PRIORIX 1					2	0	1		
PRIORIX 2					2	0	1		
HARVRIX OU AVAXIM 1					2	0	1		
HARVRIX OU AVAXIM 2					2	0	1		
IMP7. VERIFIER IM6 : TOUS LES VACCINS (BCG AU HARVRIX OU AVAXIM 2) ENREGISTRES (SELON L'AGE DE L'ENFANT)?	OUI.....1				NON.....2				1 ⇨ FIN
IMP9. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE DANS LE DOCUMENT QUE VOUS NOUS AVEZ MONTRE, EST- CE QUE (NOM) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS QU'ON VIENT DE MENTIONNER ?	OUI.....1				NON.....2				2 ⇨ FIN
	NSP.....8								8 ⇨ FIN

<p>IMP10. <i>RETOURNER A IMP6 ET INSISTER POUR CES VACCINATIONS.</i></p> <p><i>ENREGISTRER '66' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR CHAQUE VACCIN REÇU.</i></p> <p><i>POUR LES VACCINATIONS <u>PAS</u> REÇUES, ENREGISTRER '00'.</i></p> <p><i>QUAND C'EST FAIT, ALLER A LA FIN DU MODULE.</i></p>		⇒FIN
<p>IMP11. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU DES VACCINATIONS POUR L'EMPECHER D'ATTRAPER DES MALADIES?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>IMP13. <i>VERIFIER IMP11:</i></p>	<p>TOUT NON OU NSP 1</p> <p>AU MOINS UN OUI 2</p>	1 ⇒FIN
<p>IMP14. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C'EST-A-DIRE UNE SEULE INJECTION FAITE DANS LE BRAS OU L'ÉPAULE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>IMP20B. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN INFANRIX– C'EST-A-DIRE UNE SEULE INJECTION DANS LA CUISSE POUR L'EMPECHER D'ATTRAPER LE TETANOS, LA COQUELUCHE, LA DIPHTERIE, L'HEPATITE B ET L'HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE B?</p> <p><i>INSISTER EN INDIQUANT QUE LE VACCIN EST INFANRIX GENERALEMENT DONNE ENTRE LE 2^{EME}, LE 4^{EME} MOIS ET LE 6^{EME} MOIS</i></p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒IMP20C</p> <p>8 ⇒IMP20C</p>
<p>IMP21B. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN INFANRIX A ETE DONNE ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS _</p> <p>NSP 8</p>	<p>⇒IMP22</p> <p>8 ⇒IMP22</p>
<p>IMP20C. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU 2 INJECTIONS EN MEME TEMPS– C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LA CUISSE POUR L'EMPECHER D'ATTRAPER LE TETANOS, LA COQUELUCHE, LA DIPHTERIE, ET</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒IMP22</p> <p>8 ⇒IMP22</p>

<p>L'HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE B ET UNE 2^{EME} DANS LA MEME CUISSE OU DANS L'AUTRE CUISSE CONTRE L'HEPATITE B?</p> <p><i>INSISTER EN INDIQUANT QUE LES 2 VACCINS SONT GENERALEMENT DONNES ENTRE LE 2^{EME}, LE 4^{EME} MOIS ET LE 6^{EME} MOIS</i></p>		
<p>IMP21C. COMBIEN DE FOIS CES 2 VACCINS ONT ETE DONNES EN MEME TEMPS (PENTA + HEP B) ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS _</p> <p>NSP 8</p>	<p>⇒IMP22</p> <p>8 ⇒IMP22</p>
<p>IMP22. EST- CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN PREVENAR OU SYNFLORIX ?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP8</p>	<p>2 ⇒IMP24</p> <p>8 ⇒IMP24</p>
<p>IMP23. COMBIEN DE FOIS (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN PREVENAR OU SYNFLORIX ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS _</p> <p>NSP 8</p>	
<p>IMP24. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE ROTAVIRUS QUI EST UN LIQUIDE DONNE PAR VOIE ORALE POUR LUTTER CONTRE LA DIARRHEE ?</p> <p><i>INSISTER EN INDIQUANT QUE PARFOIS LE ROTAVIRUS EST DONNE EN MEME TEMPS QUE L'HEXA/ PENTA</i></p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒IMP26</p> <p>8 ⇒IMP26</p>
<p>IMP25. COMBIEN DE FOIS (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE ROTAVIRUS ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS _</p> <p>NSP 8</p>	
<p>IMP26. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN ROR – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS POUR L'EMPECHER D'ATTRAPER LA ROUGEOLE, LES OREILLONS ET LA RUBEOLE ?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒IMP29</p> <p>8 ⇒IMP29</p>
<p>IMP26A. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN ROR A ETE DONNE ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS..... _</p> <p>NSP 8</p>	
<p>IMP29. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN CONTRE L'HEPATITE A (HEP -A)- QUI EST UNE INJECTION QUI SE DONNE A L'AGE DE 2 ANS OU PLUS ?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒FIN</p> <p>8 ⇒FIN</p>

IMP29A. COMBIEN DE FOIS (NOM) A DEJA REÇU LE HEP-A ?	NOMBRE DE FOIS _ NSP 8
---	---------------------------------------

VACCINATIONS SECTEUR PUBLIC ET PRIVE										IM/(PP)
IMPP6. <i>(e) Copier les dates de chaque vaccination à partir de la/le carte/carnet. (f) Ecrire '44' dans la colonne jour si la/le carte/carnet montre que la vaccination a été donnée mais la date n'est pas enregistrée.</i>	DATE DE VACCINATION									
			JOUR		MOIS		ANNEE			
BCG	BCG					2	0	1		
HEPB (A LA NAISSANCE)	HEPB0					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)	VPI1					2	0	1		
POLIO (VPI)	VPI2					2	0	1		
PENTAVALENT (DTCOQ /HIB/ HEPB) 1	PENTA1					2	0	1		
PENTAVALENT (DTCOQ /HIB/ HEPB) 2	PENTA2					2	0	1		
PENTAVALENT (DTCOQ /HIB/ HEPB) 3	PENTA3					2	0	1		
RR1						2	0	1		
RR2						2	0	1		
RAPPEL DTC RAPPEL VPO						2	0	1		

	JOUR		MOIS		ANNEE			
INFANRIX HEXA 1					2	0	1	
INFANRIX HEXA 2					2	0	1	
INFANRIX HEXA 3					2	0	1	
PENTAXIM 1					2	0	1	
PENTAXIM 2					2	0	1	
PENTAXIM 3					2	0	1	
HEP B 1					2	0	1	
HEP B 2					2	0	1	
HEP B 3					2	0	1	
RAPPEL TETRAXIM OU PENTAXIM					2	0	1	
PREVNAR OU SYNFLORIX 1					2	0	1	
PREVNAR OU SYNFLORIX 2					2	0	1	
PREVNAR OU SYNFLORIX 3					2	0	1	
PREVNAR OU SYNFLORIX 4					2	0	1	
ROTARIX 1					2	0	1	
ROTARIX 2					2	0	1	
PRIORIX 1					2	0	1	
PRIORIX 2					2	0	1	
HARVRIX OU AVAXIM 1					2	0	1	
HARVRIX OU AVAXIM 2					2	0	1	
IMPP7. VERIFIER IMPP6 : <i>TOUS LES VACCINS ENREGISTRES (SELON L'AGE DE L'ENFANT)?</i>	OUI..... 1		NON 2					1 ⇒ FIN

<p>IMPP9. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE DANS LE DOCUMENT QUE VOUS NOUS AVEZ MONTRE, EST-CE QUE (NOM) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS QU'ON VIENT DE MENTIONNER ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇒FIN 8 ⇒FIN</p>
<p>IMPP10. <i>RETOURNER A IMP6 ET INSISTER POUR CES VACCINATIONS.</i></p> <p><i>ENREGISTRER '66' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR CHAQUE VACCIN REÇU.</i></p> <p><i>POUR LES VACCINATIONS PAS REÇUES, ENREGISTRER '00'.</i></p> <p><i>QUAND C'EST FAIT, ALLER A LA FIN DU MODULE.</i></p>		<p>⇒FIN</p>
<p>IMPP11. EST-CE QUE (NOM) A DEJA REÇU DES VACCINATIONS POUR L'EMPECHER D'ATTRAPER DES MALADIES ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP 8</p>	
<p>IMPP13. <i>VERIFIER IMP11:</i></p>	<p>TOUT NON OU NSP 1 AU MOINS UN OUI 2</p>	<p>1 ⇒FIN</p>
<p>IMPP14. EST-CE QUE (NOM) A DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C'EST-A-DIRE UNE SEULE INJECTION FAITE DANS LE BRAS OU L'EPAULE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP 8</p>	
<p>IMPP15. EST-CE QUE (NOM) A DEJA REÇU UN VACCIN CONTRE L'HEPATITE B – UNE INJECTION A LA CUISSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER L'HEPATITE B DANS LES 24 H APRES SA NAISSANCE ?</p>	<p>OUI, DANS LES 24 HEURES 1 OUI, MAIS PAS DANS LES 24 HEURES.. 2 NON..... 3 NSP 8</p>	

<p>IMPP16. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA 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 ENTRE LE 2^{ÈME} ET LE 6^{ÈME} MOIS</i></p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇒ IMPP20A 8 ⇒ IMPP20A</p>
<p>IMPP18. COMBIEN DE FOIS LES GOUTTES DE POLIO ONT ÉTÉ DONNÉES ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS NSP 8</p>	
<p>IMPP19. 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/LA 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>2 ⇒ IMPP20A 8 ⇒ IMPP20A</p>
<p>IMPP19A. COMBIEN DE FOIS (<i>NOM</i>) A REÇU DES INJECTIONS CONTRE LA POLIO ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS NSP 8</p>	
<p>IMPP20A. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN PENTAVALENT – C'EST-À-DIRE UNE INJECTION DANS LA CUISSE POUR L'EMPECHER D'ATTRAPER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE, LA DIPHTÉRIE, L'HEPATITE 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 ⇒ IMPP20B 8 ⇒ IMPP20B</p>

<p>IMPP21A. COMBIEN DE FOIS (<i>NOM</i>) A REÇU LE PENTA QUI EST GÉNÉRALEMENT DONNÉ EN MÊME TEMPS QUE LES GOUTTES ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS.....__ NSP 8</p>	<p>2 ⇒ IMPP22 8 ⇒ IMPP22</p>
<p>IMPP20B. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DÉJÀ REÇU LE VACCIN INFANRIX HEXA T – C'EST-À-DIRE UNE SEULE INJECTION DANS LA CUISSE POUR L'EMPECHER D'ATTRAPER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE, LA DIPHTÉRIE, L'HEPATITE B ET L'HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE B?</p> <p><i>INSISTER EN INDIQUANT QUE LE VACCIN INFANRIX HEXA EST GÉNÉRALEMENT DONNÉ ENTRE LE 2^{ÈME}, LE 4^{ÈME} MOIS ET LE 6^{ÈME} MOIS</i></p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇒ IMPP20C 8 ⇒ IMPP20C</p>
<p>IMPP21B. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN INFANRIXHEXA A ÉTÉ DONNÉ ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS__ NSP 8</p>	<p>⇒ IMPP22 8 ⇒ IMPP22</p>
<p>IMPP20C. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DÉJÀ REÇU 2 INJECTIONS EN MÊME TEMPS – C'EST-À-DIRE UNE INJECTION DANS LA CUISSE POUR L'EMPECHER D'ATTRAPER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE, LA DIPHTÉRIE, ET L'HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE B ET UNE 2^{ÈME} DANS LA MÊME CUISSE OU DANS L'AUTRE CUISSE CONTRE L'HEPATITE B?</p> <p><i>INSISTER EN INDIQUANT QUE LES 2 VACCINS SONT GÉNÉRALEMENT DONNÉS ENTRE LE 2^{ÈME}, LE 4^{ÈME} MOIS ET LE 6^{ÈME} MOIS</i></p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇒ IMPP22 8 ⇒ IMPP22</p>
<p>IMPP21C. COMBIEN DE FOIS CES 2 VACCINS ONT ÉTÉ</p>	<p>NOMBRE DE FOIS__</p>	

DONNES EN MEME TEMPS (PENTA + HEP B) ?	NSP 8	
IMPP22. EST- CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN LE PREVENAR OU SYNFLORIX ?	OUI..... 1 NON 2 NSP 8	2 ⇨IMPP24 8 ⇨IMPP24
IMPP23. COMBIEN DE FOIS (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN PREVENAR OU SYNFLORIX ?	NOMBRE DE FOIS NSP 8	
IMPP24. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE ROTAVIRUS QUI EST UN LIQUIDE DONNE PAR VOIE ORALE POUR LUTTER CONTRE LA DIARRHEE ? <i>INSISTER EN INDIQUANT QUE PARFOIS LE ROTAVIRUS EST DONNE EN MEME TEMPS QUE L'INFANRIX HEXA/ PENTA</i>	OUI..... 1 NON 2 NSP 8	2 ⇨IMPP26 8 ⇨IMPP26
IMPP25. COMBIEN DE FOIS (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE ROTAVIRUS ?	NOMBRE DE FOIS NSP 8	
IMPP26. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN RR/ROR – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS POUR L'EMPECHER D'ATTRAPER LA ROUGEOLE, LES OREILLONS ET LA RUBEOLE ?	OUI..... 1 NON 2 NSP 8	2 ⇨IMPP29 8 ⇨IMPP29
IMPP26A. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN RR/ROR A ETE DONNE ?	NOMBRE DE FOIS..... NSP 8	
IMPP29. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN CONTRE L'HEPATITE A (HEP -A)- QUI EST UNE INJECTION QUI SE DONNE A L'AGE DE 2 ANS OU PLUS ?	OUI..... 1 NON 2 NSP 8	2 ⇨FIN 8 ⇨FIN
IMPP29A. COMBIEN DE FOIS (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU LE HEP- A ?	NOMBRE DE FOIS 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. VERIFIER BD3: EST-CE QUE L'ENFANT EST TOUJOURS ALLAITE ?	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 QUANTITE DE LIQUIDES A BOIRE A ETE DONNEE A (<i>NOM</i>) DURANT SA DIARRHÉE. CECI INCLUT LE LAIT MATERNEL, LES SELS DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ET LES AUTRES LIQUIDES DONNES AVEC DES MEDICAMENTS. PENDANT QUE (<i>NOM</i>) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE REÇU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? <i>SI 'MOINS', INSISTER:</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 A PEU PRES LA MEME CHOSE 3 PLUS 4 RIEN A BOIRE 5 NSP 8	
CA3B. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITE DE LIQUIDES A BOIRE A ETE DONNEE A (<i>NOM</i>) DURANT SA DIARRHÉE. CECI INCLUT LES SELS DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ET LES AUTRES LIQUIDES DONNES AVEC DES MEDICAMENTS. PENDANT QUE (<i>NOM</i>) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE REÇU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? <i>SI 'MOINS', INSISTER:</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?		

<p>CA4. PENDANT QUE(<i>NOM</i>) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE REÇU A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE, PLUS QUE D'HABITUDE OU RIEN A MANGER ?</p> <p><i>Si'moins', insister:</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 A PEU PRES LA MEME CHOSE 3 PLUS 4 A STOPPE L'ALIMENTATION 5 N'A JAMAIS DONNE A MANGER.... 7 NSP 8</p>	
<p>CA5. AVEZ-VOUS RECHERCHE 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. OU AVEZ-VOUS CHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</p> <p><i>INSISTER:</i> QUELQUE PART D'AUTRE?</p> <p><i>Enregistrer tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</i></p> <p><i>Insister pour identifier chaque type de fournisseur.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>NOM DE L'ENDROIT</i>)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL PUBLIC A CENTRE DE SANTE PUBLIC B CONSULTATION ETINERANTE E AUTRE MEDICAL PUBLIC (<i>préciser</i>) H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE I MEDECIN PRIVE J PHARMACIE PRIVEE K AUTRE MEDICAL PRIVE (<i>préciser</i>) O</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] UNE SRO FAITE A PARTIR D'UN SACHET SPECIAL POUR LA DIARRHÉE?</p> <p>[B] UN LIQUIDE DE SRO DEJA PREPARE DANS UN SACHET?</p> <p>[C] DU ZINC EN COMPRIMES OU EN SIROP ?</p>	<p>O N NSP</p> <p>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>CA8. Vérifier CA7[A] et CA7[B]: Est-ce que l'enfant a reçu n'importe quel type de SRO ?</p>	<p>OUI, OUIEN CA7[A] OU CA7[B] 1</p> <p>NON, 'NON' OU 'NSP' ACA7[A] ET CA7[B] 2</p>	<p>2 ⇒ CA10</p>
<p>CA9. OU AVEZ-VOUS EU LE (SRO MENTIONNE 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><i>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 W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <hr/> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>HOPITAL PUBLIC A</p> <p>CENTRE DE SANTE PUBLIC B</p> <p>CONSULTATION ETINERANTE ... E</p> <p>AUTRE MEDICAL PUBLIC (préciser) H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>CLINIQUE I</p> <p>MEDECIN PRIVE J</p> <p>PHARMACIE PRIVEE K</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser) O</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE/AMIS P</p> <p>BOUTIQUE / MARCHE / RUE Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL R</p> <p>AUTRE (préciser) X</p> <p>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</p> <p>NON, CA7[C] ≠1 2</p>	<p>2 ⇒ CA12</p>

<p>CA11. OU 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><i><u>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 W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></i></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>(Nom de l'endroit)</i></p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>HOPITAL PUBLIC A</p> <p>CENTRE DE SANTE PUBLIC..... B</p> <p>CONSULTATION ETINERANTEE</p> <p>AUTRE MEDICAL PUBLIC (préciser)..... H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>CLINIQUE.....I</p> <p>MEDECIN PRIVEJ</p> <p>PHARMACIE PRIVEE K</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser) O</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE/AMIS P</p> <p>BOUTIQUE / MARCHE / RUEQ</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNELR</p> <p>AUTRE (préciser)X</p> <p>NSP / NE SE RAPPELLE PAS..... Z</p>	
<p>CA12. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE D'AUTRE A ETE DONNE POUR TRAITER LA DIARRHEE ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇨ CA14</p> <p>8 ⇨ CA14</p>
<p>CA13. QU'EST-CE QUI A ETE DONNE EN PLUS POUR TRAITER LA DIARRHEE ?</p> <p><i>INSISTER: RIEN D'AUTRE ?</i></p> <p><i>ENREGISTRER TOUS LES TRAITEMENTS DONNES. ECRIRE LE NOM/MARQUE DE TOUS LES MEDICAMENTS DONNES.</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>(Nom/marque)</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>(Nom/marque)</i></p>	<p>COMPRIMES OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUEA</p> <p>ANTIMOTILITE (ANTI-DIARRHEIQUE)B</p> <p>AUTRE COMPRIME OU SIROPG</p> <p>COMPRIME OU SIROP INCONNUH</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUEL</p> <p>PAS ANTIBIOTIQUEM</p> <p>INJECTION INCONNUE N</p> <p>INTRAVEINEUSE (IV).....O</p> <p>REMEDE MAISON/ HERBE MEDICINALE.....Q</p> <p>AUTRE (préciser)X</p>	

CA14. A N'IMPORTE QUEL MOMENT AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE (NOM) A ETE MALADE AVEC DE LA FIEVRE ?	OUI 1 NON..... 2 NSP 8	
CA16. A N'IMPORTE QUEL MOMENT AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE (NOM)A EU UNE MALADIE AVEC DE LA TOUX ?	OUI 1 NON..... 2 NSP 8	
CA17. A N'IMPORTE QUEL MOMENT AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE (NOM)A EU UNE RESPIRATION RAPIDE ET FORTE OU DES DIFFICULTES A RESPIRER ?	OUI 1 NON..... 2 NSP 8	2 ⇨CA19 8 ⇨CA19
CA18. LA RESPIRATION RAPIDE OU LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?	PROBLEMES DANS LA POITRINE SEULEMENT 1 NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT..... 2 LES DEUX 3 AUTRE (<i>préciser</i>) 6 NSP 8	1 ⇨CA20 2 ⇨CA20 3 ⇨CA20 6 ⇨CA20 8 ⇨CA20
CA19. Vérifier CA14: est-ce que l'enfant a eu de la fièvre ?	OUI, CA14=1 1 NON OU NSP, CA14=2 OU 8..... 2	2 ⇨CA30
CA20. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?	OUI 1 NON..... 2 NSP 8	2 ⇨CA22 8 ⇨CA22

<p>CA21. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</p> <p><i>INSISTER: QUELQUE PART D’AUTRE ?</i></p> <p><i>Enregistrer tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</i></p> <p><i>Insister pour identifier chaque type de fournisseur.</i></p> <p><i><u>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 W jusqu’à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nom de l’endroit)</i></p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>HOPITAL PUBLIC A</p> <p>CENTRE DE SANTE PUBLIC..... B</p> <p>CONSULTATION ETINERANTEE</p> <p>AUTRE MEDICAL PUBLIC (préciser)..... H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>CLINIQUE.....I</p> <p>MEDECIN PRIVEJ</p> <p>PHARMACIE PRIVEE K</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser) O</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE/AMISP</p> <p>BOUTIQUE / MARCHE / RUE..... Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL R</p> <p>AUTRE (préciser) X</p>	
<p>CA22. A N’IMPORTE QUEL MOMENT DE SA MALADIE, EST-CE QUE (NOM) A REÇU UN MEDICAMENT POUR CETTE MALADIE ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇨ CA30</p> <p>8 ⇨ CA30</p>
<p>CA23. QUEL MEDICAMENT (NOM) A T-IL/ELLE REÇU ?</p> <p><i>INSISTER: RIEN D’AUTRE ?</i></p> <p><i><u>SI IMPOSSIBLE DE DETERMINER LE TYPE DE MEDICAMENT, NOTER LE NOM / LA MARQUE ET ENREGISTRER TEMPORAIREMENT W JUSQU’A TROUVER LA CATEGORIE APPROPRIEE POUR LA REPONSE.</u></i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nom/marque)</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nom/marque)</i></p>	<p>ANTIBIOTIQUES</p> <p>AMOXICILLINL</p> <p>COTRIMOXAZOLE M</p> <p>AUTRES COMPRIMES AU SIROP ANTIBIOTIQUE N</p> <p>AUTREINJECTION/IV ANTIBIOTIQUE O</p> <p>AUTREMEDICAMENTS</p> <p>PARACETAMOL/PANADOL/ ACETAMINONPHEN..... R</p> <p>ASPIRINE.....S</p> <p>IBUPROFENT</p> <p>AUTRE (préciser) X</p> <p>NSPZ</p>	

CA24. Vérifier CA23: Antibiotiques mentionnés ?	OUI, ANTIBIOTIQUES MENTIONNES, CA23=L-O 1 NON, ANTIBIOTIQUES PAS MENTIONNES..... 2	2 ⇒ CA30
CA25. OU AVEZ-VOUS OBTENU (<i>NOM DU MEDICAMENT DE CA23, CODES L A O</i>) ? <i>Insister pour identifier le type de source.</i> <i>Si 'l'avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i> <i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i> <hr/> <i>(Nom de l'endroit)</i>	SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL PUBLIC A CENTRE DE SANTE PUBLIC..... B CONSULTATION ETINERANTEE AUTRE MEDICAL PUBLIC <i>(préciser)</i> H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE..... I MEDECIN PRIVE J PHARMACIE PRIVEE K AUTRE MEDICAL PRIVE <i>(préciser)</i> O AUTRE SOURCE FAMILLE/AMIS P BOUTIQUE / MARCHE / RUE..... Q PRATICIEN TRADITIONNELR AUTRE <i>(préciser)</i> X NSP / NE SE RAPPELLE PAS Z	
CA30. VERIFIER UB2: AGE DE L'ENFANT ?	0, 1 OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2	2 ⇒ FIN
CA31. LA DERNIERE FOIS QUE (<i>NOM</i>) A DEFEQUE, QU'EST-CE QUI A ETE FAIT POUR SE DEBARRASSER DES SELLES ?	ENFANTA 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	
UF11. ENREGISTRER L'HEURE.	HEURES ET MINUTES __ : __	
UF12. LANGUE DU QUESTIONNAIRE.	FRANCAIS 1 ARABE..... 2	

UF13. LANGUE DE L'ENTRETIEN.	FRANCAIS 1 ARABE..... 2 AUTRELANGUE (préciser)..... 6	
UF14. LANGUE MATERNELLE DU/DE LE/LA REpondant(E).	FRANCAIS 1 ARABE..... 2 AUTRE LANGUE (préciser)..... 6	
UF15. EST-CE QU'UN TRADUCTEUR A ETE UTILISE POUR N'IMPORTE QUELLE PARTIE DE CE QUESTIONNAIRE?	OUI, QUESTIONNAIRE ENTIER..... 1 OUI, PARTIES DU QUESTIONNAIRE .. 2 NON, PAS UTILISE 3	

UF16. Dire au/à la répondant(e) que vous devez 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.

Vérifier les colonnes HL10 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 ?

Oui ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis aller au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS à administrer à le/la même répondant(e).

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?

OUI ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'.

Puis aller

au QUESTIONNAIRE ENFANT DE 5-17 ANS à administrer à le/la même répondante.

NON ⇒ Aller à UF17 dans le 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.

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

PANNEAU D'INFORMATION MODULE ANTHROPOMETRIE		AN
AN1. Numéro de grappe : _____	AN2. Numéro du ménage: _____	
AN3. Nom et numéro de ligne de l'enfant : NOM _____	AN4. Age de l'enfant à UB2: AGE (EN ANNEES REVOLUES)	
AN5. Nom et numéro de ligne de la mère / gardien(ne) : NOM _____	AN6. Nom et numéro de l'enquêtrice : NOM _____	

ANTHROPOMETRIE		
AN7. NOM ET NUMERO DU MESUREUR :	NOM _____	
AN8. ENREGISTRER LE RESULTAT DE LA MESURE DU POIDS TEL QUE LU A HAUTE VOIX PAR LE MESUREUR : REDIRE AU MESUREUR LA MESURE ET S'ASSURER QU'IL/ELLE A BIEN VERIFIE VOTRE ENREGISTREMENT.	KILOGRAMMES (KG) , ENFANT PAS PRESENT99.3 ENFANT REFUS99.4 RECONDANTE REFUSE99.5 AUTRE(<i>préciser</i>)99.6	99.3 ⇨ AN13 99.4 ⇨ AN10 99.5 ⇨ AN10 99.6 ⇨ AN10
AN9. EST-CE QUE L'ENFANT A ETE DESHABILLE JUSQU'AU MINIMUM?	OUI 1 NON, L'ENFANT N'A PAS PU ETRE DESHABILLE AU MINIMUM..... 2	
AN10. VERIFIER AN4: AGE DE L'ENFANT ?	0 OU 1 AN 1 2, 3 OU 4 ANS 2	1 ⇨ AN11A 2 ⇨ AN11B

<p>AN11A. L'ENFANTA MOINS DE 2 ANS ET DOIT ETRE MESURE COUCHE. ENREGISTRER LE RESULTAT DE LA MESURE DE LA LONGUEUR TEL QUE LU A HAUTE VOIX PAR LE MESUREUR :</p> <p>REDIRE AU MESUREUR LA MESURE ET S'ASSURER QU'IL/ELLE A BIEN VERIFIE VOTRE ENREGISTREMENT.</p> <p>AN11B. L'ENFANTA AU MOINS 2 ANS ET DOIT ETRE MESURE DEBOUT. ENREGISTRER LE RESULTAT DE LA MESURE DE LA TAILLE TEL QUE LU A HAUTE VOIX PAR LE MESUREUR :</p> <p>REDIRE AU MESUREUR LA MESURE ET S'ASSURER QU'IL/ELLE A BIEN VERIFIE VOTRE ENREGISTREMENT.</p>	<p>LONGUEUR / TAILLE (CM)..... ____ ____ ____, ____</p> <p>ENFANT REFUSE 999.4</p> <p>REPONDANTE REFUSE 999.5</p> <p>AUTRE(<i>préciser</i>) 999.6</p>	<p>999.4 ⇨ AN13</p> <p>999.5 ⇨ AN13</p> <p>999.6 ⇨ AN13</p>
<p>AN12. COMMENT EST-CE QUE L'ENFANT A ETE MESURE ? COUCHE OU DEBOUT?</p>	<p>COUCHE 1</p> <p>DEBOUT 2</p>	
<p>AN13. Date d'aujourd'hui : Jour/ Mois / Année: ____ / ____ / <u>201</u> ____</p>		
<p>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 ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>1 ⇨ ENFANT SUIVANT</p>
<p>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.</p>		

<p>OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICIÈRE SUR LE MODULE ANTHROPOMETRIE</p>
<p> </p>

--

OBSERVATIONS DU MESUREUR SUR LE MODULE ANTHROPOMETRIE
--

--

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE SUR LE MODULE ANTHROPOMETRIE

--