|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MICS logo ALL | questionnaire Enfant de moins de 5 ansNom et Année de l’enquête |  |
| 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 :*\_\_\_ \_\_\_ /\_\_\_ \_\_\_ / 2 0 1 \_\_\_ | **UF8**. Enregistrer l’heure : | HEURES | : Minutes |
| \_\_ \_\_ | : \_\_ \_\_ |

|  |
| --- |
| Vérifier l’âge du/de la répondant(e) à HL6 dans la ListE des Membres du Ménage, Questionnaire Ménage :Si 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’interview ne doit pas commencer et ‘06’ doit être enregistré à UF17. Le/la répondant(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 1NOn, 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 enquête sur la situation des enfants, des familles et des ménages. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de (***Nom de l’Enfant à UF3***). Cette interview prend habituellement nombre deminutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l’enquête, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ? | **UF10B**. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de (***Nom de l’Enfant à UF3***). Cette interview prend habituellement nombre deminutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l’enquête, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ? |
| OUI, permission donnee 1NON, permission pas donnee 2 | 1*⇨ Module caractéristiques de l’enfant* 2*⇨*UF17 |

|  |  |
| --- | --- |
| **UF17**. *Résultat de l’interview de l’enfant de moins de 5 ans* Les codes font référence à la mère/gardien(ne). Discuter tous les résultats non complets avec votre superviseur. | Complete 01pas à la maison 02Refuse 03Partiellement complete 04en Incapacite  (*préciser)* 05pas de consentement d’un adulte pour mere / gardien(ne) de 15-17 ans 06Autre (préciser*)* 96 |

|  |
| --- |
| caracteristiques de l’enfant de moins de 5 ans UB |
| **UB0**. Avant que je commence l’interview, pourriez-vous apporter, SVP, le certificat de naissance de (**nom**), sa carte/carnet de vaccination ou toute carte de vaccination d’un agent de santé privé ? Nous aurons besoin de nous référer à ces documents.  |  |  |
| **UB1**. En quel jour, quel mois et quelle année (***nom***) est-il/elle né(e) ?Insister: Quand est son anniversaire ?  Si la mère/gardien(ne) connait la date de naissance exacte, enregistrer aussi le jour de naissance ; sinon, enregistrer ‘98’ pour jour. Les Mois et Année doivent être enregistrés. | Date de naissance Jour \_\_ \_\_ NSP jour 98 Mois \_\_ \_\_ Année 2 0 1 \_\_ |  |
| **UB2**. Quel âge a (***nom***) ? Insister : Quel âge a eu (***nom***) 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 : Age 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 Ménage Questionnaire (HH47) : | Répondante est la meme, UF4=HH47 1Répondante n’est pas la meme UF4≠HH47 2 | 2*⇨UB6* |
| **UB5**. Vérifier ED10 dans le module Education du Questionnaire Ménage : est-ce que l’enfant fréquente un programme d’éducation pré-primaire pendant l’année scolaire actuelle ? | OUI, ED10=0 1NON, ED10≠0 ou vide 2 | 1*⇨UB8B*2*⇨UB9* |
| **UB6**. Est-ce que (***nom***) a déjà fréquenté un programme d’éducation pré-primaire, tel que insérer les noms de programmes spécifiques au pays ? | OUI 1NON 2 | 2*⇨UB9* |
| **UB7**. A n’importe quel moment depuis insérer le mois de commencement de l’année scolaire, a t-il/elle assisté à (*programmes mentionnés à UB6*) ? | OUI 1NON 2 | 1*⇨UB8A*2*⇨UB9* |
| **UB8A**. Est-ce qu’il/elle fréquente actuellement (*programme mentionné à UB6*) ?**UB8B**. Vous avez mentionné que (***nom***) a fréquenté un programme d’éducation pré-primaire cette année scolaire. Est-ce qu’il/elle participe actuellement à ce programme ? | OUI 1NON 2 |  |
| **UB9**. Est-ce que (***nom***) est couvert(e) par une assurance santé ? | OUI 1NON 2 | 2*⇨Fin* |
| **UB10**. Par quel type d’assurance santé (***nom***) est-il/elle couvert(e) ? Enregistrer tout ce qui est mentionné. | organisation mutuelle de sante / assurance sante a base communautaire Aassurance sante de l’employeur Bsecurite Sociale CAutre assurance sante commerciale privee achetee DAutre (préciser) X |  |

|  |
| --- |
| enregistrement des naissances BR |
| **BR1**. Est-ce que (**nom**)a un certificat de naissance ? *Si* ‘Oui’*, demander :* Puis-je le voir SVP ? | OUI, vu 1OUI, pas vu 2NON 3NSP 8 | 1*⇨Fin*2*⇨Fin* |
| **BR2**. La naissance de (**nom**) a-t-elle été enregistrée/déclarée auprès de l’autorité civile / l’état civil ? | OUI 1NON 2NSP 8 | 1*⇨Fin* |
| **BR3**. Savez-vous comment enregistrer la naissance de (**nom**) ?  | OUI 1NON 2 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| developpement de la petite enfance | eC |
| **EC1**. Combien de livres d’enfants ou de livres d’images avez-vous pour (**nom**) ? | aucun 00Nombre de livres pour enfants 0 \_\_10 livres ou plus 10 |  |
| **EC2**. Je voudrais savoir avec quoi (**nom**) joue quand il/elle est à 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] des objets du ménage (comme des bassines,  casseroles), ou des objets trouvés dehors  (comme des bâtons, pierres, animaux, coquilles ou feuilles) ? | O N NSPjouets fabriques a la maison 1 2 8Jouets d’un magasin 1 2 8objets du Ménage ou de 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 t-il/elle été : [A] laissé seul(e) pour plus d’une heure ? [B] laissé sous la garde d’un autre enfant, c’est-à-dire quelqu’un de moins de 10 ans, pour plus d’une heure ? Si ‘Aucun’, enregistrer ’0’. Si ‘NSP’, enregistrer ’8’. | Nombre de jours laisses seul pour plus d’une heure \_\_Nombre de jours laisses sous la garde d’un autre enfant pour plus d’une heure \_\_ |  |
| **EC4**. Vérifier UB2 : Age de l’enfant ? |  0, 1, ou 2 ans 1 3 ou 4 ans 2 | 1*⇨Fin* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 : Si ‘Oui’, demander : Qui a participé à cette activité avec (***nom***) ? *Une mère ou un père adoptif vivant dans le ménage qui a participé avec l’enfant doit être codé comme mère ou père.* Enregistrer tout ce qui s’applique. ‘PERSONNE‘ ne peut pas être enregistré s’il y a un membre du ménage de plus de 15 ans qui a participé à cette activité avec l’enfant. |  |  |
|  | **Mère** | **père** | **autre** | **personne** |
|  [A] Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec *(****nom****)* ? | lire livres | A | B | X | Y |
|  [B] Raconter des histoires à *(****nom****)*? | raconter histoires | A | B | X | Y |
|  [C] Chanter des chansons avec ou à *(****nom****)*, y compris des berceuses ? | chanter chansons | A | B | X | Y |
|  [D] Emmener *(****nom****)* en dehors de la maison ? | l’emmener dehors | A | B | X | Y |
|  [E] Jouer avec *(****nom****)* ? | jouer avec  | A | B | X | Y |
|  [F] Nommer, compter ou dessiner des choses avec (***nom****)* ? | Nommer, compter,  dessiner | A | B | X | Y |
| **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.Est-ce que (***nom***) connaît ou peut citer au moins dixlettres de l’alphabet ? | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **EC7**. Est-ce que ***(nom)*** peut lire au moins 4 mots simples et courants ? | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **EC8**. Est-ce que ***(nom)*** connait les noms et les symboles des chiffres de 1 à 10 ? | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **EC9**. Est-ce que ***(nom)*** peut attraper par terre un petit objet avec deux doigts, tel un bâton ou un caillou ?  | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **EC10**. Est-ce que ***(nom)*** est parfois trop malade pour jouer ? | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **EC11.** Est-ce que ***(nom*)** est capable de suivre de simples instructions sur comment faire quelque chose correctement ? | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **EC12.** Quand on donne quelque chose à faire à **(*nom*)** est-il/elle capable de le faire de manière indépendante**?** | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **EC13**. Est-ce que ***(nom)*** s’entend bien avec les autres enfants ? | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **EC14.** Est-ce que **(*nom*)** donne des coups de pieds, mord, ou frappe les autres enfants ou les adultes**?** | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **EC15**. Est-ce que ***(nom)*** est facilement distrait ?  | OUI 1NON 2NSP 8 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DISCIPLINE DE L’ENFANT** | **UCD** |
| **UCD1**. *Vérifier UB2 : Age de l’enfant ?* |  0 AN 11, 2, 3 ou 4 ANS 2 | 1*⇨Fin* |
| **UCD2**. Maintenant je voudrais parler de quelque chose d’autre. 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 vous avez ou n’importe quel autre membre de votre ménage a utilisé une de ces méthodes avec (***nom***) au cours du mois dernier. [A] Retirer des privilèges, interdire quelque chose que (***nom***) aime faire ou ne pas lui permettre de quitter la maison.  [B] Expliquer à (***nom***) pourquoi son comportement n’est pas bien [C] Le/la secouer  [D] Hurler ou lui crier dessus  [E] Lui donner quelque chose d’autre à faire. [F] Lui donner une fessée, le frapper ou le taper sur les fesses à main nues [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  [H] Le/la traiter d’idiot, de paresseux ou d’un autre nom comme ça  [I] Le/la frapper ou le/la gifler sur le visage, la tête ou les oreilles  [J] Le/la frapper ou le/la taper sur les mains, les bras ou les jambes [K] Le/la battre, c’est-à-dire le/la frapper encore et  encore aussi fort que possible |  OUI NONretirer des privileges 1 2Expliquer le mauvais comportement 1 2Secouer 1 2hurler, crier dessus 1 2donner autre chose a faire 1 2donner une fessee, frapper, taper a mains nues 1 2frapper avec ceinture, brosses, baton ou autre 1 2traiter D’IDIOT, paresseux ou autre 1 2frapper / gifler sur le visage, tete ou oreilles 1 2frapper / taper sur les mains, bras ou jambes 1 2Battre et frapper encore et encore aussi fort que  possible 1 2 |  |
| **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 1Non 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 1Non 2 | 1*⇨Fin* |
| **UCD5**. Pensez-vous que pour élever ou éduquer correctement un enfant, il est nécessaire qu’il soit puni physiquement ? | OUI 1NON 2NSP / pas d’opinion 8 |  |

|  |
| --- |
| fonctionnement de l’ENFANT UCF |
| **UCF1**. *Vérifier UB2 : Age de l’enfant ?* | 0 ou 1 an 12, 3 ou 4 ans 2 | 1*⇨Fin* |
| **UCF2**. Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur les difficultés que votre enfant peut connaitre :  (***Nom***) porte-t-il/elle des lunettes ? | OUI 1NON 2 |  |
| **UCF3**. (***Nom***) utilise-t-il/elle une prothèse auditive ? | OUI 1NON 2 |  |
| **UCF4**. (***Nom***) utilise-t-il/elle un équipement ou reçoit t-il/elle de l’assistance pour marcher ? | OUI 1NON 2 |  |
| **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. *Répéter les catégories en posant les questions individuelles à chaque fois que la répondante n’utilise pas une des catégories de réponse.* 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=1 1NON, 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 1quelques difficultes 2beaucoup de difficultes 3ne peut pas du tout voir 4 |  |
| **UCF8**. Vérifier UCF3 : Enfant porte une prothèse auditive ? | OUI, UCF3=1 1NON, UCF3=2 2 | 1*⇨UCF9A*2*⇨UCF9B* |
| **UCF9A**. Lorsqu’il/elle utilise sa prothèse auditive, (***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 1quelques difficultes 2beaucoup de difficultes 3ne peut pas du tout entendre 4 |  |
| **UCF10**. Vérifier UCF4 : Enfant utilise un équipement ou reçoit de l’assistance pour marcher ? | OUI, UCF4=1 1NON, 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 2beaucoup de difficultes 3ne peut pas du tout marcher 4 |  |
| **UCF12**. Avec son équipement ou assistance, (***nom***) a-t-il/elle des difficultés à marcher ? | AUCUNE difficulte 1quelques difficultes 2beaucoup de difficultes 3ne peut pas du tout marcher 4 | 1*⇨UCF14*2*⇨UCF14*3*⇨UCF14*4*⇨UCF14* |
| **UCF13**. Par rapport aux enfants du même âge, (***nom***) a-t-il/elle des difficultés à marcher ? | AUCUNE difficulte 1quelques difficultes 2beaucoup de difficultes 3ne peut pas du tout marcher 4 |  |
| **UCF14**. Par rapport aux enfants du même âge, (***nom***) a-t-il /elle des difficultés à saisir des petits objets avec sa main ? | AUCUNE difficulte 1quelques difficultes 2beaucoup de difficultes 3ne peut pas du tout SAISIR 4 |  |
| **UCF15**. (***Nom***) a-t-il /elle des difficultés à vous comprendre ?  | AUCUNE difficulte 1quelques difficultes 2beaucoup de difficultes 3ne peut pas du tout comrendre 4 |  |
| **UCF16**. Lorsque (***nom***) parle, avez-vous des difficultés à le/la comprendre ?  | AUCUNE difficulte 1quelques difficultes 2beaucoup de difficultes 3ne peut pas du tout etre compris 4 |  |
| **UCF17**. Par rapport aux enfants du même âge, (***nom***) a-t-il /elle des difficultés à apprendre des choses ? | AUCUNE difficulte 1quelques difficultes 2beaucoup de difficultes 3ne peut pas du tout apprendre 4 |  |
| **UCF18**. Par rapport aux enfants du même âge, (***nom***) a-t-il /elle des difficultés à jouer ? | AUCUNE difficulte 1quelques difficultes 2beaucoup de difficultes 3ne peut pas du tout jouer 4 |  |
| **UCF19**. Les prochaines questions ont 5 options de réponses différentes. Je vais vous les lire après chaque question.  Par rapport aux enfants du même âge, (***nom***) donne-t-il/elle des coups de pied, mord-il/elle ou frappe-t-il/elle les autres enfants ou les adultes ?  Diriez-vous : pas du tout, moins, la même chose, plus ou beaucoup plus ?  | pas du tout 1moins 2la meme chose 3plus 4beaucoup plus 5 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Allaitement et apport alimentaire** | **Bd** |
| **BD1**. *Vérifier UB2 : Age de l’enfant ?* | 0, 1, ou 2 ans 13 ou 4 ans 2 | 2*⇨Fin* |
| **BD2**. Est-ce que (***nom)*** a été allaité ? | OUI 1NON 2NSP 8 | 2*⇨BD4*8*⇨BD4* |
| **BD3**. Est-ce que (***nom***) est toujours allaité ? | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **BD4**. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (***nom)*** a bu quelque chose au biberon ? | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **BD5**. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (***nom)*** a bu des Sels de Réhydratation Orale ou SRO ?  | OUI 1NON 2NSP 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 1NON 2NSP 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] Nom local pour bouillon / soupe clair ? | bouillon clair | 1 | 2 | 8 |  |
|  [D] Du lait maternisé tel que insérer les marques  les plus populaires ? | 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 boite 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*)  |  |
| **BD8**. Maintenant je voudrais vous poser des questions sur tout ce que (***nom***) a mangé hier durant le jour et la nuit. SVP, incluez la nourriture consommée en dehors de votre maison.* Pensez au moment où (***nom***) s’est réveillé(e) hier. Est-ce qu’il/elle a mangé quelque chose à moment-là ?

*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.** Qu’est-ce que (***nom***) a fait après cela ? Est-ce qu’il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ?

 *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.* |  |
| *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 ?  |  | OUI | NON | NSP |  |
|  [A] Du yaourt fait avec du lait d’animal ? *Noter que yaourt liquide /à boire doit être*  *capturé en BD7.* | Yaourt | 1 | 2*⬂**BD8[B]* | 8*⬂**BD8[B]* |  |
|  [A1] Combien de fois (***nom***)a t-il/elle mangé du yaourt ?  *Si 7 fois ou plus, enregistrer ‘7’.* *Si NSP, enregistrer ‘8’.* | Nombre de fois mange yaourt \_\_ |  |
|  [B] De la nourriture pour bébé telle que insérer les  marques de nourriture fortifiée pour bébés  comme Cérélac, Gerber, Hero, Nestum ? | nourriture fortifiee pour bebe  | 1 | 2 | 8 |  |
|  [C] Du pain, riz, pâtes, porridge, ou autres aliments  à base de grains ? | nourriture a base de cereales | 1 | 2 | 8 |  |
|  [D] Courge, carotte, citrouille, patate douce qui sont jaune ou orange à l’intérieur ? | courge, carotte, citrouille, etc. | 1 | 2 | 8 |  |
|  [E] Des pommes de terre, de l’igname, du maniocou autre nourriture à base de tubercules ? | nourriture a base de tubercules | 1 | 2 | 8 |  |
|  [F] N’importe quels légumes à feuilles vert foncé comme insérer les légumes à feuilles vert foncé, riches en Vit-A et disponibleslocalement ? | legumes à feuilles vert fonce | 1 | 2 | 8 |  |
|  [G] Mangues mures ou des papayes mures ou insérer les fruits locaux riches en Vit-A ? | mangue mure, papaye mure | 1 | 2 | 8 |  |
|  [H] Tout autre fruit et légume, comme insérer les fruits et les légumes les plus communément consommés ? | 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  (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] *Enregistrer tous les aliments solides, semi-**solides ou mous qui ne correspondent pas aux* *groupes d’aliments ci-dessus.* | (*Préciser*)  |  |
| **BD9**. Combien de fois (***nom***) a t-il/elle mangé des aliments solides, semi-solides ou mou hier durant le jour et la nuit ?  *Si BD8[A] est ‘Oui’, s’assurer que les réponses ici incluent le nombre de fois enregistré pour le yaourt en* BD8[A1]*.* *Si 7 fois ou plus, enregistrer ‘7’*. | Nombre de fois \_\_NSP 8 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| vaccinations |  | IM |
| **IM1**. *Vérifier UB2 : Age de l’enfant ?* | 0, 1, ou 2 ans 13 ou 4 ans 2 | 2*⇨Fin* |
| **IM2.** Avez-vous un(e) 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 1OUI, a seulement un autre document 2OUI, a carnet/carte et autre document 3NON, n’a ni carnet/carte ni autre document 4 | 1*⇨IM5*3*⇨IM5* |
| **IM3**. Avez-vous déjà eu un(e) carnet/carte de vaccinations ou un document d’un agent de santé privé pour (***nom***) ? | OUI 1NON 2 |  |
| **IM4**. *Vérifier IM2 :* | a seulement autre document, IM2=2 1ni 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 1OUI, autre document seulement vu 2OUI, carnet/carte et autre document vus 3ni carnet/carte ni autre  document vu 4 | 4*⇨IM11* |
| **IM6**.1. Copier les dates de chaque vaccination à partir de la/le carte/carnet.
2. 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** | **Année** |
| BCG | BCG |  |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| HepB (à la naissance) | HepB0 |  |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Polio (VPO) (at birth) | 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 (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 |  |  |
| Pneumocoque (Conjugué) 1 | PCV1 |  |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Pneumocoque (Conjugué) 2 | PCV2 |  |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Pneumocoque (Conjugué) 3 | PCV3 |  |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rotavirus 1 | Rota1 |  |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Rotavirus 2 | Rota2 |  |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Rotavirus 3 | Rota3 |  |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| ROR | ROR |  |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| Fièvre jaune | FJ |  |  |  |  | 2 | 0 | 1 |  |  |
| **IM7**. *Vérifier IM6 : Tous les vaccins (BCG à FJ) enregistrés ?* | OUI 1NON 2 | 1*⇨Fin* |
| **IM8**. Est-ce que (***nom***) a participé aux campagnes de vaccination, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l’enfant suivantes : [A] Insérer date/type de campagne A, antigènes [B] Insérer date/type de campagne B, antigènes  [C] Insérer date/type de campagne C, antigènes | o N NSPCampagne A 1 2 8Campagne B 1 2 8Campagne C 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 1NON 2NSP 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 pas 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 de vaccination, des journées nationales de vaccination ou journées de santé de l’enfant ? | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **IM12**. Est-ce que (***nom***) a participé aux campagnes, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l’enfant suivantes :  [A] Insérer date/type de campagne A, antigènes [B] Insérer date/type de campagne B, antigènes  [C] Insérer date/type de campagne C, antigènes | o N NSPCampagne A 1 2 8Campagne B 1 2 8Campagne C 1 2 8 |  |
| **IM13**. *Vérifier IM11 et IM12 :* | TOUT non ou NSP 1au moins un oui 2 | 1*⇨Fin* |
| **IM14**. 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 1NON 2NSP 8 |  |
| **IM15.** Est-ce que (***nom***) a déjà reçu un vaccin  contre l’hépatite B – une injection à la cuisse ou à  la fesse – pour lui éviter de contracter l’Hépatite  B dans les 24 h après sa naissance ? | OUI, dans les 24 heures 1OUI, mais pas dans les 24 heures 2NON 3NSP 8 |  |
| **IM16**. Est-ce que (***nom***) a déjà reçu un vaccin sous forme de gouttes dans la bouche pour le/la protéger contre la polio ? *Insister en indiquant que la première goutte est généralement donnée à la naissance et les autres en même temps que des injections contre d’autres maladies.* | OUI 1NON 2NSP 8 | 2*⇨IM20*8*⇨IM20* |
| **IM17**. Est-ce que les premières gouttes de Polio ont été données dans les 2 premières semaines après la naissance ?  | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **IM18**. Combien de fois les gouttes de Polio ont été données ? | Nombre de fois \_\_ |  |
| **IM19**. La dernière fois que (***nom***) a reçu des gouttes de Polio, est-ce qu’il/elle a également reçu une injection pour le/la protéger contre la Polio ?  *Insister pour s’assurer que les deux, gouttes et injection, ont été données.* | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **IM20**. Est-ce que (***nom***) a déjà reçu le vaccin Pentavalent– c’est-à-dire une injection dans la cuisse pour l’empêcher d’attraper le tétanos, la coqueluche, la diphtérie, l’hépatite B et l’Haemophilus influenzae de type b? *Insister en indiquant que le vaccin Pentavalent est parfois donné en même temps que les gouttes de Polio.* | OUI 1NON 2NSP 8 | 2*⇨IM22*8*⇨IM22* |
| **IM21**. Combien de fois le vaccin Pentavalent a été donné ? | Nombre de fois \_\_ |  |
| **IM22**. Est-ce que (***nom***) a déjà reçu le vaccin Pneumocoque Conjugué - PCV– c’est-à-dire une injection dans la cuisse pour l’empêcher d’attraper une maladie pneumococcique, y compris les infections d'oreille et la méningite causée par le pneumocoque? *Insister en indiquant que le vaccin PCV est parfois donné en même temps que le Pentavalent*  | OUI 1NON 2NSP 8 | 2*⇨IM24*8*⇨IM24* |
| **IM23**. Combien de fois le vaccin Pneumocoque Conjugué PCV a été donné ? | Nombre de fois \_\_ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IM24**. Est-ce que (***nom)*** a déjà reçu le vaccin Rotavirus – c’est-à-dire du liquide dans la bouche pour prévenir la diarrhée ? *Insister en indiquant que le vaccin Rotavirus est parfois donné en même temps que le Pentavalent*  | OUI 1NON 2NSP 8 | 2*⇨IM26*8*⇨IM26* |
| **IM25**. Combien de fois le vaccin Rotavirus a été donné ? | Nombre de fois \_\_ |  |
| **IM26**. Est-ce que (***nom***) a déjà reçu le vaccin ROR – c’est-à-dire une injection dans le bras à l’âge de 9 mois ou plus pour l’empêcher d’attraper la rougeole, les oreillons et la rubéole ? | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **IM27.** Est-ce que (***nom***) a déjà reçu le vaccin contre la fièvre jaune – c’est-à-dire une injection dans le bras à l’âge de 9 mois ou plus - pour l’empêcher d’attraper la fièvre jaune ?  Insister *en indiquant que le vaccin contre la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le* ROR. | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **IM28**. *Préparer un QUESTIONNAIRE CARTE DE VACCINATIONS AU CENTRE DE SANTE pour cet enfant.* *Compléter le panneau d’information sur ce questionnaire* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| traitement des maladies  |  | CA |
| **CA1.** Est-ce que (***nom***) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ? | OUI 1NON 2NSP 8 | 2*⇨CA14*8*⇨CA14* |
| **CA2**. *Vérifier BD3 : Est-ce que l’enfant est toujours allaité ?* | OUI, BD3=1 1NON ou NSP, BD3=2 ou 8 2 | 1*⇨CA3A*2*⇨CA3B* |
| **CA3A.** Je voudrais savoir quelle quantité de liquides à boire a été donnée à (***nom***) durant sa diarrhée. Ceci inclut le lait maternel, les Sels de Réhydratation Orale (SRO) et les autres liquides donnés avec des médicaments.Pendant que (***nom***) avait la diarrhée, a t-il/elle reçu àboire moins que d’habitude, environ la même quantité ou plus que d’habitude ? *Si ‘moins’, insister* : Est-ce qu’il/elle a reçu beaucoup moins à boire que d’habitude, ou un peu moins à boire que d’habitude ?**CA3B.** Je voudrais savoir quelle quantité de liquides à boire a été donnée à (***nom***) durant sa diarrhée. Ceci inclut les Sels de Réhydratation Orale (SRO) et les autres liquides donnés avec des médicaments.Pendant que (***nom***) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçuà boire moins que d’habitude, environ la même quantité ou plus que d’habitude ? *Si ‘moins’, insister* : 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 1un peu moins 2a peu pres la meme chose 3plus 4rien a boire 5NSP 8 |  |
| **CA4.** Pendant que **(*nom*)** 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 ?  Si ‘moins’, insister : 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 1un peu moins 2a peu pres la meme chose 3plus 4a stoppe l’alimentation 5N’a jamais donne a manger 7NSP 8 |  |
| **CA5**. Avez-vous recherché des conseils ou un traitement contre la diarrhée de n’importe quelle source ? | OUI 1NON 2NSP 8 | 2*⇨CA7*8*⇨CA7* |
| **CA6**. Où avez-vous cherché des conseils ou un traitement ? *Insister :* quelque part d’autre? Enregistrer tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions. Insister pour identifier chaque type de fournisseur.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 trouver la catégorie appropriée pour la réponse.  *(Nom de l’endroit)* | **secteur medical public** hopital gouvernemental A centre de sante gouvernemental B poste de sante gouvernemental C agent de sante communautaire D clinique mobile/strategie avancee E Autre Medical public  (*préciser*) H**secteur medical prive** hopital prive / clinique I medecin prive J pharmacie Privee K agent de sante communautaire (non gouvernemental) L clinique mobile M Autre Medical prive (*préciser*) O**Autre source** famille/amis P boutique / marche / rue Q PRATICIEN Traditionnel RAutre (*préciser*) X |  |
| **CA7**. Quand (***nom***) a eu la diarrhée est-ce qu’il a eu :  [A] Une SRO faite à partir d’un sachet spécial appelé insérer le nom local pour le sachet de SRO ? [B] Un liquide de SRO déjà préparé dans un sachet insérer le nom local pour le sachet déjà préparé de SRO ? [C] Du Zinc en comprimés ou en sirop ?  [D] Insérer le liquide recommandé par le gouvernement ? | o N NSP sachet de sro 1 2 8liquide SRO deja prepare 1 2 8Zinc comprimés ou sirop 1 2 8liquide recommande 1 2 8 |  |
| **CA8**. Vérifier CA7[A] et CA7[B] : Est-ce que l’enfant a reçu n’importe quel type de SRO ? | OUI, OUI en CA7[A] ou CA7[B] 1NON, ‘NON’ ou ‘NSP’  a CA7[A] Et CA7[B] 2 | 2*⇨CA10* |
| **CA9**. Où avez-vous eu le (*SRO mentionné en CA7[A] et/ou en CA7[B]) ?* Insister pour identifier le type de source.  Si ‘l’avait déjà à la maison’, insister pour savoir si la source est connue.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 trouver la catégorie appropriée pour la réponse.  (Nom de l’endroit) | **secteur medical public** hopital gouvernemental A centre de sante gouvernemental B poste de sante gouvernemental C agent de sante communautaire D clinique mobile /  strategie avancee E Autre Medical public  (*préciser*) H**secteur medical prive** hopital prive / clinique I medecin prive J pharmacie Privee K agent de sante communautaire (non gouvernemental) L clinique mobile M Autre Medical prive (*préciser*) O**Autre source** famille / amis P boutique / marche / rue Q PRATICIEN Traditionnel RAutre (*préciser*) XNSP / ne se rappelle pas Z |  |
| **CA10**. Vérifier CA7[C]: Est-ce que l’enfant a reçu du zinc ? | OUI, CA7[C]=1 1NON, CA7[C] ≠1 2 | 2*⇨CA12* |
| **CA11**. Où avez-vous eu le zinc ? Insister pour identifier le type de source.  Si ‘l’avait déjà à la maison’, insister pour savoir si la source est connue.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 trouver la catégorie appropriée pour la réponse.  (Nom de l’endroit) | **secteur medical public** hopital gouvernemental A centre de sante gouvernemental B poste de sante gouvernemental C agent de sante communautaire D clinique mobile /  strategie avancee E Autre Medical public  (*préciser*) H**secteur medical prive** hopital prive / clinique I medecin prive J pharmacie Privee K agent de sante communautaire (non gouvernemental) L clinique mobile M Autre Medical prive (*préciser*) O**Autre source** famille / amis P boutique / marche / rue Q PRATICIEN Traditionnel RAutre (*préciser*) XNSP / ne se rappelle pas Z |  |
| **CA12**. Est-ce que quelque chose d’autre a été donné pour traiter la diarrhée ?  | OUI 1NON 2NSP 8 | 2*⇨CA14*8*⇨CA14* |
| **CA13**. Qu’est-ce qui a été donné en plus pour traiter la diarrhée ? *Insister* : Rien d’autre ? *Enregistrer tous les traitements donnés. Ecrire le nom/marque de tous les médicaments donnés.* (Nom/marque) (Nom/marque) | **comprimes ou sirop**  Antibiotique A Antimotilite (anti-diarrheique) B Autre comprime ou sirop G comprime ou sirop inconnu H**Injection** Antibiotique L pas antibiotique M injection inconnue NIntraveineuse (iv) Oremede maison/ herbe medicinale QAutre (*préciser*) X |  |
| **CA14**. A n’importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que ***(nom)*** a été malade avec de la fièvre ? | OUI 1NON 2NSP 8 | 2*⇨CA16*8*⇨CA16* |
| **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 ? | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **CA16**. A n’importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (***nom***) a eu une maladie avec de la toux ?  | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **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 ? | OUI 1NON 2NSP 8 | 2*⇨CA19*8*⇨CA19* |
| **CA18**. La respiration rapide ou les difficultés respiratoires étaient-elles dues à un problème de bronches, ou à un nez bouché ou qui coulait ? | Problemes dans la poitrine seulement 1 nez bouché ou qui coulait 2les deux 3Autre (préciser) 6NSP 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 1NON ou NSP, CA14=2 ou 8 2 | 2*⇨CA30* |
| **CA20**. Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie quelque part ?  | OUI 1NON 2NSP 8 | 2*⇨CA22*8*⇨CA22* |
| **CA21**. Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ? *Insister:* Quelque part d’autre ?  Enregistrer tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions. Insister pour identifier chaque type de fournisseur.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 trouver la catégorie appropriée pour la réponse.  (Nom de l’endroit) | **secteur medical public** hopital gouvernemental A centre de sante gouvernemental B poste de sante gouvernemental C agent de sante communautaire D clinique mobile /  strategie avancee E Autre Medical public  (*préciser*) H**secteur medical prive** hopital prive / clinique I medecin prive J pharmacie Privee K agent de sante communautaire (non gouvernemental) L clinique mobile M Autre Medical prive (*préciser*) O**Autre source** famille / amis P boutique / marche / rue Q PRATICIEN Traditionnel RAutre (*préciser*) X |  |
| **CA22**. A n’importe quel moment de sa maladie, est-ce que (***nom***) a reçu un médicament pour cette maladie ?  | OUI 1NON 2NSP 8 | 2*⇨CA30*8*⇨CA30* |
| **CA23**. Quel médicament (***nom***) a t-il/elle reçu ? *Insister* : Rien d’autre ? *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*. (Nom/marque) (Nom/marque) | **Anti-paludiques** combinaison therapeutique a base d’artemisinine (CTA) A SP / Fansidar B Chloroquine C Amodiaquine D Quinine  en comprimes E en Injection/ IV F Artesunate en suppositoire G autre Injection / IV H Autre anti-paludique (préciser) K**Antibiotiques** Amoxicillin L Cotrimoxazole M Autres comprimes au sirop antibiotique N Autre injection / IV antibiotique O**Autre medicaments** Paracetamol / Panadol /  AcetamiNONphen R Aspirine S Ibuprofen TAutre (préciser) XNSP Z |  |
| **CA24**. Vérifier CA23 : Antibiotiques mentionnés ? | OUI, antibiotiques mentionnes,  CA23=L-O 1NON, Antibiotiques pas mentionnes 2 | 2*⇨CA26* |
| **CA25**. Où avez-vous obtenu (**nom du médicament de CA23, codes L à O**) ?  Insister pour identifier le type de source.  Si ‘l’avait déjà à la maison’, insister pour savoir si la source est connue.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 trouver la catégorie appropriée pour la réponse.  (Nom de l’endroit) | **secteur medical public** hopital gouvernemental A centre de sante gouvernemental B poste de sante gouvernemental C agent de sante communautaire D clinique mobile /  strategie avancee E Autre Medical public  (*préciser*) H**secteur medical prive** hopital prive / clinique I medecin prive J pharmacie Privee K agent de sante communautaire (non gouvernemental) L clinique mobile M Autre Medical prive (*préciser*) O**Autre source** famille / amis P boutique / marche / rue Q PRATICIEN Traditionnel RAutre (*préciser*) XNSP / ne se rappelle pas Z |  |
| **CA26**. Vérifier CA23 : Antipaludéens mentionnés ? | OUI, antipaludeens mentionnes, CA23=A-K 1NON, antipaludeens pas mentionnes 2 | 2*⇨CA30* |
| **CA27**. Ou avez-vous obtenu (**nom du médicament de CA23, codes A à K**) ?  Insister pour identifier le type de source.  Si ‘l’avait déjà à la maison’, insister pour savoir si la source est connue.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 trouver la catégorie appropriée pour la réponse.  (Nom de l’endroit) | **secteur medical public** hopital gouvernemental A centre de sante gouvernemental B poste de sante gouvernemental C agent de sante communautaire D clinique mobile / strategie avancee E Autre Medical public  (*préciser*) H**secteur medical prive** hopital prive / clinique I medecin prive J pharmacie Privee K agent de sante communautaire (non gouvernemental) L clinique mobile M Autre Medical prive (*préciser*) O**Autre source** famille / amis P boutique / marche / rue Q PRATICIEN Traditionnel RAutre (*préciser*) XNSP / ne se rappelle pas Z |  |
| **CA28**. *Vérifier CA23 : Plus qu’un antipaludéen enregistré dans les codes A à K ?* | OUI, plusieurs antiPaludeens mentionnés 1NON, seulement un antipaludeen mentionne 2 | 1*⇨CA29A*2*⇨CA29B* |
| **CA29A.** Combien de temps après le début de la fièvre (***nom***) a-t-il/elle commencé à prendre le premier de (**nom de tous les antipaludéens enregistrés à CA23, codes A à K**)?**CA29B.** Combien de temps après le début de la fièvre (nom) a-t-il/elle commencé à prendre le (***n*om de l’antipaludéen enregistré à CA23, codes A à K**) ? | meme jour 0jour suivant 12 jours apres le debut de  la fievre 23 jours ou plus apres le debut de la fievre 3NSP 8 |  |
| **CA30**. *Vérifier UB2 : Age de l’enfant ?* | 0, 1 ou 2 ans 13 ou 4 ans 2 | 2*⇨Fin* |
| **CA31**. La dernière fois que ***(nom****)* a déféqué, qu’est-ce qui a été fait pour se débarrasser des selles ?  | Enfant a utilise les toilettes / latrines 01mis/jete dans les toilettes /  latrines 02mis / jete dans la fosse ou rigole 03jete dans les ordures (dechets solides) 04enterre 05Laisse a l’air libre 06Autre (préciser) 96NSP 98 |  |
| **UF11**. *Enregistrer l’heure.* | Heures et minutes \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ |  |
| **UF12**. *Langue du questionnaire.* | FRANCAIS 1Langue 2 2Langue 3 3 |  |
| **UF13**. *Langue de l’entretien.* | FRANCAIS 1Langue 2 2Langue 3 3Autre langue (préciser) 6 |  |
| **UF14**.*Langue maternelle du/de le/la répondant(e).* | FRANCAIS 1Langue 2 2Langue 3 3Autre langue (préciser) 6 |  |
| **UF15***. Est-ce qu’un traducteur a été utilisé pour n’importe quelle partie de ce questionnaire ?* | Oui, questionnaire entier 1Oui, parties du questionnaire 2Non, 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 Ménage, Questionnaire Ménage : 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 Ménage, Questionnaire Ménage : 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 numéro du mesureur :* | Nom \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |  |
| **AN8**. *Enregistrer le résultat de la mesure du poids tel que lu à haute voix par le mesureur :* *Redire au mesureur la mesure et s’assurer qu’il/elle a bien vérifié votre enregistrement.* | Kilogrammes (kg) \_\_\_ \_\_\_ , \_\_\_Enfant pas present 99.3Enfant refus 99.4Répondante refuse 99.5Autre (*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 1NON, l’Enfant n’a pas pu etre deshabille au minimum 2 |  |
| **AN10**. *Vérifier AN4 : Age de l’enfant ?* | 0 ou 1 AN 12, 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 tel que lu à haute voix par le mesureur :* *Redire au mesureur la mesure et s’assurer qu’il/elle a bien vérifié votre enregistrement.***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 :* *Redire au mesureur la mesure et s’assurer qu’il/elle a bien vérifié votre enregistrement.* | LONGUEUR / TAILLE (cm) \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_, \_\_\_Enfant refuse 999.4Répondante refuse 999.5Autre (*préciser*) 999.6 | 999.4*⇨AN13*999.5*⇨AN13*999.6*⇨AN13* |
| **AN12**. *Comment est-ce que l’enfant a été mesuré ? Couché ou debout ?*  | couche 1debout 2 |  |
| **AN13**. *Date d’aujourd’hui : Jour/ Mois / Année :*\_\_\_ \_\_\_ /\_\_\_ \_\_\_ / 2 0 1 \_\_\_ |  |  |
| **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 1NON 2 | 1*⇨ Enfant suivant* |
| **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’enquêtrice sur le module anthropometrie**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Observations du mesureur sur le module anthropometrie** |
|  |

|  |
| --- |
| **Observations du chef d’equipe sur le module anthropometrie** |
|  |