|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MICS logo ALL | استبيان للأطفال دون سنّ الخامسةاسم وسنة المسح |  |
| لوحة معلومات الأطفال دون سنّ الخامسة uf |
| **UF1**. *رقم العنقود:* \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ | **UF2**. *رقم الأسرة المعيشية:* \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
| **UF3**. *اسم الطفل(ة) ورقم السطر:*الاسم \_\_\_\_ \_\_\_\_ | **UF4**. *اسم الأم / مانحة الرعاية ورقم السطر:*الاسم \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
| **UF5**. *اسم ورقم الباحثة:*الاسم \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ | **UF6**. *اسم ورقم المشرف(ة):*الاسم \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ |
| **UF7**. *يوم / شهر / سنة المقابلة:*2 0 1 \_\_\_/\_\_\_ \_\_\_ /\_\_\_ \_\_\_  | **UF8**. سجّلي الوقت: | ساعات: |  دقائق: |
| \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ |

|  |
| --- |
| تأكدي من عمر المستجيبة في السؤال HL6 من قائمة أفراد الأسرة في استبيان الأسرة المعيشية:إذا كان العمر يتراوح بين 15 و17 سنة، تحققي من أنه تم الحصول على موافقة من أحد البالغين في الأسرة على إجراء المقابلة (HH33 أو HH39) أم أن ذلك من غير الضروري (HL20 = 90). إذا كان هناك ضرورة للحصول على موافقة ولم يتم الحصول عليها، يجب عدم إجراء المقابلة ويجب وضع دائرة حول الرمز"06" في السؤال UF17. يجب أن يكون عمر المستجيبة 15 سنة على الأقل. |
| UF9.تأكدي من الاستبيانات المنجزة في هذه الأسرة المعيشية: هل قمت أنت أو فرد آخر من فريقك بإجراء مقابلة مع هذه المستجيبة لاستبيان آخر؟ | نعم، سبقت مقابلتها 1لا، أول مقابلة 2 | *UF10B*1UF10A2 |
| **UF10A**. مرحباً، اسمي (***اسمك***). نحن من مكتب الإحصاء الوطني ونقوم بتنفيذ مسح حول وضع الأطفال والعائلات والأسر. أودّ التحدث معك حول صحة وسلامة (***اسم الطفل في UF3***). سوف تستغرق هذه المقابلة حوالي عدد دقيقة. وستبقى جميع المعلومات التي نحصل عليها سرّية للغاية ومجهولة الهوية. وإذا اخترت عدم الإجابة عن سؤال ما أو رغبت بإيقاف المقابلة، يرجى إخبارنا بذلك. هل يمكنني البدء الآن؟ | **UF10B**. والآن، أودّ التحدث معك حول صحة وسلامة (***اسم الطفل في UF3***) بتفصيل أكبر. سوف تستغرق هذه المقابلة حوالي عدد دقيقة. ومرة أخرى، نؤكد لك أن جميع المعلومات التي نحصل عليها ستبقى سرّية للغاية ومجهولة الهوية. وإذا اخترت عدم الإجابة عن سؤال ما أو رغبت بإيقاف المقابلة، يرجى إخبارنا بذلك. هل يمكنني البدء الآن؟ |
| نعم، تم إعطاء الإذن 1لا، لم يتم إعطاء الإذن 2 | 1*نموذج معلومات الأطفال دون سنّ الخامسة**UF17*2 |

|  |  |
| --- | --- |
| **UF17**. *نتيجة المقابلة للأطفال دون سنّ الخامسة* الرموز تشير إلى الأم/مانحة الرعاية. قومي بمناقشة أية نتيجة لم يتم استكمالها مع المشرف/ة. | أُنجزت المقابلة 01ليست في المنزل 02رفضت المقابلة 03أُنجزت بشكل جزئي 04غير قادرة على اجراء المقابلة (*يرجى التحديد*) 05لم يتم الحصول على موافقة من أحد البالغين لهذه الأم/ مانحة الرعاية التي عمرها 17 - 15 سنة 06غير ذلك (*يرجى التحديد*) 96 |

|  |
| --- |
| معلومات الأطفال دون سنّ الخامسة UB |
| **UB0**. قبل أن أبدأ المقابلة، هل يمكنك لو سمحت إحضار شهادة ميلاد (***الاسم***) وبطاقة أو كارت التلقيح الخاصة به/بها أو أي سجل تطعيمات آخر من مقدم رعاية خاص؟ سوف أحتاج إلى الاطلاع على تلك الوثائق. |  |  |
| **UB1**. في أي يوم وشهر وسنة وُلد/ت (***الاسم***)؟ استوضحي أكثر: ما هو تاريخ ميلاده/ها؟ إذا كانت الأم/مانحة الرعاية تعرف تاريخ الميلاد بالضبط، سجّلي أيضاً اليوم؛ خلاف ذلك ضعي دائرة حول "98" لليوم. في كل الأحوال يجب تسجيل الشهر و السنة. | تاريخ الميلاد اليوم \_\_ \_\_ لا أعرف اليوم 98 الشهر \_\_ \_\_ السنة 1 \_\_ 0 2 |  |
| **UB2**. كم عمر (***الاسم***)؟ استوضحي أكثر: كم كان عمر (***الاسم***) في آخر عيد ميلاد له/لها؟ سجّلي العمر بالسنوات الكاملة. إذا كان العمر أقل من سنة واحدة، سجّلي "0". إذا كانت الإجابات على سؤالي UB1 و UB2 غير متوافقة، استوضحي أكثر وصححيها. | العمر (بالسنوات الكاملة) \_\_ |  |
| **UB3**. تحققي من UB2: عمر الطفل/ة؟ | العمر 0، 1 أو 2 1العمر3 أو 4 سنوات 2 | *UB9*1 |
| **UB4**. تحققي من رقم سطر المستجيبة (UF4) والمستجيب/ة لاستبيان الأسرة المعيشية (HH47): | المستجيبة هي نفسها، UF4 = HH47 1المستجيبة ليست هي نفسها، UF4 ≠ HH47 2 | *UB6*2 |
| **UB5**. تحققي من ED10 في نموذج التعليم في استبيان الأسرة المعيشية: هل يلتحق/تلتحق الطفل(ة) ببرنامج تعليمي للطفولة المبكرة في السنة الدراسية الحالية؟ | نعم، ED10 = 0 1لا، ED10 ≠ 0 أو فارغ 2 | *UB8B*1*UB9*2 |
| **UB6**. هل سبق أن التحق/ت (***الاسم***) بأي برنامج تعليمي للطفولة المبكرة، مثل يجب ادراج أسماء البرامج المتوفرة في البلد؟ | نعم 1لا 2 | *UB9*2 |
| **UB7**. هل التحق/ت في أي وقت من الأوقات منذ يجب ادراج شهر بداية السنة الدراسة بـ (*البرامج المذكورة في UB6*)؟ | نعم 1لا 2 | *UB8A*1*UB9*2 |
| **UB8A**. هل يلتحق/تلتحق حاليا بـ (*البرامج المذكورة في UB6*)؟**UB8B**. لقد دكرت أن (***الاسم***) التحق/ت ببرنامج تعليمي للطفولة المبكرة خلال هذه السنة الدراسية. هل هو/هي ملتحق/ة حالياً بهذا البرنامج؟ | نعم 1لا 2 |  |
| **UB9**. هل يتوفر (***الاسم***) على أي تأمين صحي؟ | نعم 1لا 2 | 2 *انتهى* |
| **UB10**. ما نوع التأمين الصحي الذي يتوفر عليه (***الاسم***)؟ سجّلي كل ما ذُكر. | تأمين صحي لمؤسسة صحية مشتركة/ مؤسسة مجتمعية Aتأمين صحي من خلال جهة العمل Bالضمان الاجتماعي Cتأمين صحي آخر تجاري Dغير ذلك (*يرجى التحديد*) X |  |
| نموذج تسجيل الولادة BR |
| **BR1**. هل يوجد لدى (***الاسم***)شهادة ميلاد؟ *إذا كان الجواب نعم، اسأليها:* هل يمكنني رؤيتها لو سمحت؟ | نعم، تمت رؤيتها 1نعم، لم تتم رؤيتها 2لا 3لا أعرف 8 | 1 *انتهى*2 *انتهى* |
| **BR2**. هل تم تسجيل ولادة (***الاسم***) لدى سلطات الحالة المدنية/مكاتب تسجيل الولادات؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 | 1 *انتهى* |
| **BR3**. هل تعرفين كيف تسجلين ولادة (***الاسم***)؟ | نعم 1لا 2 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| نموذج برامج تنمية الطفولة المبكرة | eC |
| **EC1**. : كم عدد كتب الأطفال أو الكتب المصورة التي لديك وهي مخصصة لـ (***الاسم***)؟ | لا يوجد أي كتب 00عدد كتب الأطفال 0 \_\_عشرة كتب أو أكثر 10 |  |
| **EC2**. انني مهتمة بمعرفة المزيد حول الأشياء التي يلعب/تلعب بها (***الاسم***) عندما يكون / تكون في المنزل. هل يلعب/تلعب باستخدام: [A] ألعاب منزلية الصنع مثل الدمى أو السيارات أو أية ألعاب أخرى تُصنع في المنزل؟ [B] ألعاب من متجر أو ألعاب مصنّعة؟ [C] أشياء منزلية، كالأوعية، الأواني المنزلية أو أشياء يُعثر عليها خارج المنزل مثل العصي، أو الحصى، أو الحجارة، أو هياكل الحيوانات أو أوراق الأشجار؟ | نعم لا لا أعرفألعاب منزلية الصنع......................................8 2 1ألعاب من المتجر 8 2 1أشياء منزليةأو أشياء من خارج المنزل 8 2 1 |  |
| **EC3**. يضطر أحياناً الكبار الذين يتولون رعاية الأطفال إلى مغادرة المنزل للتسوّق أو غسل الملابس أو لأي سبب آخر ويضطرون لترك الأطفال الصغار. خلال الأسبوع الماضي، ما هو عدد الأيام التي تُرك/ت فيها (***الاسم***): [A] لوحده/ها لأكثر من ساعة واحدة؟ [B] في رعاية طفل آخر، وأعني أي طفل/ة عمره/ها أقل من 10سنوات، لأكثر من ساعة واحدة؟ إذا كانت الإجابة "ولا يوم"، سجّلي "0"و إذا كانت الإجابة "لا أعرف"، سجّلي "8". | عدد الأيام التي تُرك/ت الطفل/ة وحده/ها لأكثر من ساعة واحدة \_\_عدد الأيام التي تُرك/ت الطفل/ة في رعاية طفل/ة آخر/أخرى لأكثر من ساعة واحدة \_\_ |  |
| **EC4**. تحققي من UB2: عمر الطفل/ة؟ | العمر 0، 1 أو 2 1العمر3 أو 4 سنوات 2 | 1 *انتهى* |
| **EC5**. خلال الأيام الثلاثة الماضية، هل شاركت أنت أو شارك أحد أفراد أسرتك ممن يبلغون 15 سنة من العمر أو أكثر في أي من الأنشطة التالية مع (***الاسم***): إذا كان الجواب نعم، اسأليها:  من شارك في هذا النشاط مع (***الاسم***)؟ إذا كان الأب/الأم بالتبني قد شارك/ت مع الطفل وهو/هي يعيش/تعيش في الأسرة، وجب ترميزه/ها كأب/كأم.  *ضعي دائرة حول كل ما ينطبق.* لا يمكن وضع دائرة حول "لا أحد" إذا شارك أحد أفراد الأسرة ممن يبلغ 15 سنة أو أكثر في نشاط مع الطفل/ة |  |  |
|  | **أم** | **أب** | **شخص آخر** | **لا أحد** |
|  [A] قراءة الكتب أو مشاهدة كتب مصورة مع (***الاسم***)؟ | قراءة الكتب | A | B | X | Y |
|  [B] رواية القصص لـ (***الاسم***)؟ | رواية القصص | A | B | X | Y |
|  [C] الغناء لـ أو مع (***الاسم***)، بما في ذلك التهويدات؟ | غناء الأغاني | A | B | X | Y |
|  [D] أخذ (***الاسم***) للتنزّه خارج المنزل؟ | أخذه/ها للخارج للتنزّه | A | B | X | Y |
|  [E] اللعب مع (***الاسم***)؟ | اللعب معه/ها | A | B | X | Y |
|  [F] تسميّة الأشياء أو العدّ أو رسم الأشياء لـ أو مع (***الاسم***)؟ | تسميّة الأشياء | A | B | X | Y |
| **EC6**. أودّ أن أطرح عليك بعض الأسئلة عن صحة وتطور نمو (***الاسم***). هناك تفاوت بين الأطفال في تطور النمو والتعلّم. على سبيل المثال، بعض الأطفال يبدؤون بالمشي قبل غيرهم. وتتعلق هذه الأسئلة بعدة جوانب من تطور نمو (***الاسم***). هل بإمكان (***الاسم***) تحديد أو تسمية عشرة أحرف أبجدية على الأٌقل؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC7**. هل بإمكان (***الاسم***) قراءة أربع كلمات بسيطة وشائعة على الأقل؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC8**. هل يعرف/تعرف (***الاسم***) اسماء ويدرك/تدرك رموز جميع الأعداد من 1 إلى 10؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC9**. هل بإمكان (***الاسم***) التقاط جسم صغير من على الأرض باستخدام اصبعين، كالعصا أو الحجر؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC10**. هل يعاني/تعاني (***الاسم***) أحياناً من المرض الشديد بحيث لا يستطيع/ تستطيع اللعب؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC11**. هل بإمكان (***الاسم***) اتباع الإرشادات البسيطة حول كيفية القيام بشيء ما بشكل صحيح؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC12**. عندما يكلّف/تُكلّف (***الاسم***) بالقيام بشيء ما، هل يمكنه/يمكنها القيام به باستقلالية؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC13**. هل يتأقلم/تتأقلم (*الاسم*) كما ينبغي مع الأطفال الآخرين؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC14**. هل يقوم/تقوم (***الاسم***) بركل أو عضّ أو ضرب الأطفال الآخرين أو الكبار؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC15**. هل يتشتت انتباه (***الاسم***) بسهولة؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **نموذجضبط سلوك الطفل** | **UCD** |
| **UCD1**. *تحققي من UB2: عمر الطفل/ة؟* | العمر 0 1العمر 1، 2، 3 أو 4 2 | 1 *انتهى* |
| **UCD2**. يستخدم الكبار أساليب معينة لتهذيب الأطفال وتعليمهم السلوك الأمثل أو لمعالجة مشكلة سلوكية لديهم. سأقرأ عليك لائحة من الطرق المستخدمة. وأرجو أن تخبريني إذا ما كنت استخدمت أنت أو أي شخص بالغ آخر في أسرتك هذه الطريقة مع *(****الاسم****)* خلال الشهر الماضي. [A] حرمان *(****الاسم****)* من امتيازات أو أشياء يرغب/ترغب بها أو عدم السماح له/لها بمغادرة المنزل.  [B] التفسير/الشرح لــ*(****الاسم****)* لماذا كان سلوكه/ها خطأ. [C] هزّه/هزّها. [D] الصراخ عليه/عليها أو الزعيق عليه/عليهاً. [E] إعطاؤه/ها شيء آخر ليفعله/تفعله. [F] ضربه/ضربها على المؤخرة باليد. [G] ضربه/ضربها على المؤخرة أو مكان آخر من الجسم بشيء ما كالحزام أو فرشاة الشعر أو العصا أو باستخدام أي شيء صلب آخر. [H] مناداته/ها بالغبي/ة أو الكسول/ة أو بأية صفة أخرى من هذا القبيل. [I] ضربه/ها أو صفعه/ها على الوجه أو الرأس أو الأذنين. [J] ضربه/ها على اليد أو الذراع أو الأرجل. [K] ضربه/ضربها ضرباً مبرحاً مراراً وتكراراً بأقصى قدر ممكن. |  نعم لاالحرمان من الامتيازات 2 1.تفسير السلوك الخاطئ 2 1هزّه/هزّها 2 1الصراخ، الزعيق، الصياح 2 1إعطاؤه/ها شيء آخر ليفعله / لتفعله 2 1ضربه/ضربها على المؤخرة باليد 2 1ضربه/ضربها بالحزام أو فرشاة الشعر أو العصا أو شيء آخر صلب 2 1مناداته/ها بالغبي/ة أو الكسول/ة أو أية صفة أخرى 2 1الضرب / الصفع على الوجه أو على الرأس أو الأذنين 2 1ضربه/ها على اليد أو الذراع أو الأرجل 2 1ضربه/ها ضرباً مبرحاً مراراً وتكراراً بأقصى قدر ممكن 2 1 |  |
| ***UCD3****. تحققي من UF4: هل هذه* المستجيبة *أم أو مانحة الرعاية إلى أي طفل آخر دون سن الخامسة أو طفل عمره 5-14 تم اختياره للاستبيان للأطفال من سن 5-17؟* | نعم 1لا 2 | 2 *UCD5* |
| ***UCD4****. تحققي من UF4:هل سبقت أن أجابت هذه المستجيبة على السؤال التالي (UCD5 أو FCD5) لطفل آخر؟* | نعم 1لا 2 | 1 *انتهى* |
| **UCD5**. هل تعتقدين أنه يجب معاقبة الطفل/ة جسدياً من أجل تنشئته/ها أو تربيته/ها أو تهذيبه/ها كما ينبغي؟ | نعم 1لا 2لا أعرف / لا رأي 8 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نموذج القدرات الوظيفية للطفل  |  | UCF |
| **UCF1**. *تحققي من UB2: عمر الطفل/ة؟* | العمر0 أو 1 سنة 1العمر 2، 3 أو 4 2 | 1 *انتهى* |
| **UCF2**. أودّ أن أطرح عليك بعض الأسئلة حول الصعوبات التي يعاني/تعاني منها طفلك/طفلتك. هل يضع/تضع (***الاسم***) نظارات؟  | نعم 1لا 2 |  |
| **UCF3**. هل يستخدم/تستخدم (***الاسم***) معين سمعي؟ | نعم 1لا 2 |  |
| **UCF4**. هل يستخدم/تستخدم (***الاسم***) أي جهاز لمساعدته/ها في المشي؟ | نعم 1لا 2 |  |
| **UCF5**. في الأسئلة التالية، سأطلب منك الإجابة عنها من خلال تحديد واحدة من الإجابات المحتملة. لكل سؤال هل يمكنك القول أن (***الاسم***): 1) لا يواجه/ تواجه أية صعوبة، أم 2) يواجه/تواجه بعض الصعوبة، أم 3) يواجه/تواجه كثير من الصعوبة، أم 4) أنه/أنها غير قادر/ة على القيام بالنشاط نهائياً. كرّري الفئات أثناء توجيه الأسئلة الفردية عند عدم استخدام المستجيبة أية فئة إجابة: تذكّري، الإجابات المحتملة الأربع هي: هل يمكنك القول أن (***الاسم***): 1) لا يواجه/ تواجه أية صعوبة، أم 2) يواجه/تواجه بعض الصعوبة، أم 3) يواجه/تواجه كثير من الصعوبة، أم 4) أنه/أنها غير قادر/ة على القيام بالنشاط نهائياً؟ |  |  |
| **UCF6**. تحققي من UCF2: الطفل/ة يضع/تضع نظارات؟ | نعم، UCF2 = 1 1لا، UCF2 = 2 2 | *UCF7A*1*UCF7B*2 |
| **UCF7A**. أثناء وضعه/ها للنظارات، هل يواجه/تواجه (***اسم***) صعوبة في الرؤية؟**UCF7B**. هل يواجه/تواجه (***الاسم***) صعوبة في الرؤية؟ | لا يواجه/تواجه أية صعوبة 1يواجه/تواجه بعض الصعوبة 2يواجه/تواجه كثير من الصعوبة 3لا يستطيع/تستطيع الرؤية نهائياً 4 |  |
| **UCF8**. تحققي من UCF3: الطفل/ة يستخدم/تستخدم معين سمعي؟ | نعم، UCF3 = 1 1لا، UCF3 = 2 2 | *UCF9A*1*UCF9B*2 |
| **UCF9A**. عند استخدام المعين السمعي (المعينات السمعية) ، هل يواجه/تواجه (***الاسم***) صعوبة في سماع الأصوات مثل أصوات الأشخاص أو الموسيقى؟**UCF9B**. هل يواجه/تواجه (***الاسم***) صعوبة في سماع الأصوات مثل أصوات الأشخاص أو الموسيقى؟ | لا يواجه/تواجه أية أي صعوبة 1يواجه/تواجه بعض الصعوبة 2يواجه/تواجه كثير من الصعوبة 3لا يستطيع/تستطيع السمع نهائياً 4 |  |
| **UCF10**. تحققي من UCF4: هل يستخدم/تستخدم الطفل/ة جهاز يساعده/يساعدها على المشي أو يحصل/تحصل على مساندة للمشي؟ | نعم، UCF4= 1 1لا، UCF4 = 2 2 | *UCF11*1*UCF13*2 |
| **UCF11**. دون استخدامه/ها لجهاز يساعده/تساعدها على المشي أو دون حصوله/حصولها على مساندة في المشي، هل يواجه/تواجه (***الاسم***) صعوبة في المشي؟ | يواجه/تواجه بعض الصعوبة 2يواجه/تواجه كثير من الصعوبة 3لا يستطيع/تستطيع المشي نهائياً 4 |  |
| **UCF12**. باستخدامه/ها لجهاز يساعده/تساعدها على المشي أو بحصوله/ها على مساندة في المشي، هل يواجه/تواجه (***الاسم***) صعوبة في المشي؟ | لا يواجه/تواجه أية أي صعوبة 1يواجه/تواجه بعض الصعوبة 2يواجه/تواجه كثير من الصعوبة 3لا يستطيع/تستطيع المشي نهائياً 4 | *UCF14*1 *UCF14*2*UCF14*3*UCF14*4 |
| **UCF13**. مقارنة مع أقرانه/أقرانها في نفس العمر، هل يواجه/تواجه (***الاسم***) صعوبة في المشي؟ | لا يواجه/تواجه أية صعوبة 1يواجه/تواجه بعض الصعوبة 2يواجه/تواجه كثير من الصعوبة 3لا يستطيع/تستطيع المشي نهائياً 4 |  |
| **UCF14**. مقارنة مع أقرانه/ها في نفس العمر، هل يواجه/تواجه (***الاسم***) صعوبة في التقاط الأشياء الصغيرة بيده/ها؟ | لا يواجه/تواجه أية صعوبة 1يواجه/تواجه بعض الصعوبة 2يواجه/تواجه كثير من الصعوبة 3لا يستطيع/تستطيع التقاط الأشياء نهائياً 4 |  |
| **UCF15**. هل يواجه/تواجه (***الاسم***) صعوبة في فهمك؟  | لا يواجه/تواجه أية صعوبة 1يواجه/تواجه بعض الصعوبة 2يواجه/تواجه كثير من الصعوبة 3لا يستطيع/تستطيع فهمي نهائياً 4 |  |
| **UCF16**. عندما يتحدث/تتحدث (***الاسم***)، هل تواجهين صعوبة في فهمه/فهمها؟  | لا يواجه/تواجه أية صعوبة 1يواجه/تواجه بعض الصعوبة 2يواجه/تواجه كثير من الصعوبة 3لا أستطيع فهمه/فهمها نهائياً 4 |  |
| **UCF17**. مقارنة مع أقرانه/أقرانها في نفس العمر، هل يواجه/تواجه (***الاسم***) صعوبة في تعلّم الأشياء؟ | لا يواجه/تواجه أية صعوبة 1يواجه/تواجه بعض الصعوبة 2يواجه/تواجه كثير من الصعوبة 3لا يستطيع/تستطيع فهم الأشياء نهائياً 4 |  |
| **UCF18**. مقارنة مع أقرانه/أقرانها في نفس العمر، هل يواجه/تواجه (***الاسم***) صعوبة في اللعب؟ | لا يواجه/تواجه أية صعوبة 1يواجه/تواجه بعض الصعوبة 2يواجه/تواجه كثير من الصعوبة 3لا يستطيع/تستطيع اللعب نهائياً 4 |  |
| **UCF19**. للسؤال التالي خمسة خيارات مختلفة في الإجابات. سأقرأ عليك هذه الخيارات بعد طرح السؤال. مقارنة مع أقرانه/ها في نفس العمر، ما مدى قيام (***الاسم***) بركل أو عضّ أو ضرب الأطفال الآخرين أو الكبار؟  هل يمكنك القول أنه/أنها: لا يفعل/تفعل ذلك نهائياً، أو يفعله/تفعله بدرجة أقل من الأطفال الآخرين، أم بنفس الدرجة، أم أكثر، أم أكثر بكثير؟ | لا يفعل/تفعل ذلك نهائياً 1بدرجة أقل 2بنفس الدرجة 3أكثر 4أكثر بكثير 5 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **نموذج الرضاعة الطبيعية والتنوع التغذوي** | **Bd** |
| **BD1**. *تحققي من UB2: عمر الطفل/ة؟* | العمر0، 1 أو 2 1العمر3 أو 4 سنوات 2 | 2 *انتهى* |
| **BD2**. هل سبق أن تم إرضاع (***الاسم***) رضاعة طبيعية؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 | *BD4*2*BD4*8 |
| **BD3**. هل ما زال/ت (***الاسم***) يتلقى رضاعة طبيعية؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **BD4**. هل شرب/شربت (***الاسم***) أي شيء بواسطة رضّاعة ذات حلمة يوم أمس خلال النهار أو الليل؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **BD5**. هل شرب/ شربت (***الاسم***) محلول معالجة الجفاف عن طريق الفم يوم أمس خلال النهار أو الليل؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **BD6**. هل شرب/ت أو تناول/ت (***الاسم***) مكملات غذائية من الفيتامينات أو المعادن، أو تناول/تناولت أية أدوية يوم أمس خلال النهار أو الليل؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **BD7**. أود الآن أن أسألك عن جميع السوائل الأخرى التي يكون/تكون (***الاسم***) قد تناولها/تناولتها يوم أمس خلال النهار أو الليل. يرجى إدراج حتى السوائل المستهلكة خارج المنزل. هل شرب/ شربت (***الاسم***) (***اسم السائل***) يوم أمس خلال النهار أو الليل: |  |  |
|  | نعم | لا | لا أعرف |  |
|  [A] مياه خالصة؟ | مياه خالصة | 1 | 2 | 8 |  |
|  [B] عصير أو مشروبات عصائر؟ | عصير أو مشروبات عصائر | 1 | 2 | 8 |  |
|  [C] الاسم المحلي للشوربة / المرق؟ | شوربة/مرق | 1 | 2 | 8 |  |
|  [D] حليب خاص بالرضّع، مثل يجب ادراج اسم الماركات التجارية الشائعة؟ | حليب خاص بالرضّع | 1 | 2*⬂**BD7[E]* | 8*⬂**BD7[E]* |  |
|  [D1] كم عدد المرات التي شرب/شربت فيها (***الاسم***) حليب خاص بالرضّع؟ *إذا كانت الإجابة 7 مرات أو أكثر، سجّلي "7".* *إذا كانت الإجابة غير معروفة، سجّلي "8".* | عدد المرات حليب خاص بالرضّع \_\_ |  |
|  [E] حليب حيوانات مثل الحليب الطازج أو المعلّب أو مسحوق الحليب؟ | حليب | 1 | 2*⬂**BD7[X]* | 8*⬂**BD7[X]* |  |
|  [E1] كم عدد المرات التي شرب/شربت فيها (***الاسم****) حليب؟* *إذا كانت الإجابة 7 مرات أو أكثر، سجّلي "7"*.  *إذا كانت الإجابة غير معروفة، سجّلي "8".* | عدد المرات حليب \_\_ |  |
|  [X] أية سوائل أخرى؟ | سوائل أخرى | 1 | 2*⬂**BD8* | 8*⬂**BD8* |  |
|  [X1] *سجّلي جميع السوائل الأخرى المذكورة.* | (*يرجى التحديد*)  |  |
| **BD8**. والآن أود أن أسألك عن جميع ما تناوله/تناولته (***الاسم***) يوم أمس خلال النهار والليل. يرجى إدراج حتى الأطعمة المستهلكة خارج المنزل.* عندما استيقظ/ت (***الاسم***) بالأمس. هل تناول/ت أي شيء في ذلك الوقت؟

 *إذا كان الجواب نعم، اسأليها:* لو سمحت أخبريني عن جميع ما أكله/أكلته (***الاسم***) في ذلك الوقت. *استوضحي أكثر:* أي شيء آخر؟ *سجّلي الأجوبة باستخدام مجموعات الأطعمة أدناه.** ماذا فعل/ت (***الاسم***) بعد ذلك؟ هل تناول/ت أي شيء في ذلك الوقت؟

 *كرري تسلسل هذه الأسئلة، مع تسجيل الأجوبة في مجموعات الأطعمة، إلى أن تخبرك المستجيبة أن الطفل/ة خلد/ت إلى النوم حتى صباح اليوم التالي.* |  |
| *وبالنسبة لكل مجموعة أطعمة لم يتم ذكرها بعد استكمال تسلسل الأسئلة أعلاه، اسأليها:* فقط للتأكد، هل تناول/ت (***الاسم***) (***بنود مجموعة الأطعمة***) يوم أمس خلال النهار أو الليل |  | نعم | لا | لا أعرف |  |
|  [A] لبن رائب مصنوع من حليب الحيوانات؟ *لاحظي أنه يجب رصد لبن الرائب السائل/المعد للشرب في السؤال BD7[E] or BD7[X] ،اعتمادا على محتوى الحليب.* | لبن رائب | 1 | 2*⬂**BD8[B]* | 8*⬂**BD8[B]* |  |
|  [A1] كم عدد المرات التي تناول/ت فيها (***الاسم****)* لبن الرائب؟ *إذا كانت الإجابة 7 مرات أو أكثر، سجّلي "7".* *إذا كانت الإجابة غير معروفة، سجّلي "8".* | عدد المرات التي تناول/ت فيها لبن رائب \_\_ |  |
|  [B] أي غذاء أطفال، مثل يجب ادراج اسم العلامة التجارية لأي غذاء أطفال تجاري مقوى، مثل السيريلاك أو جير بر أو هيرو أونيستوم؟ | غذاء الأطفال المدّعم | 1 | 2 | 8 |  |
|  [C] الخبز، الأرز، المكرونة، العصيدة أو أي أطعمة مصنوعة من الحبوب؟ | الأطعمة المصنوعة من الحبوب | 1 | 2 | 8 |  |
|  [D] اليقطين أو القرع أو الجزر أو البطاطا الحولة ذات الحشوة الصفراء أو برتقالية اللون؟ | اليقطين، الجزر، القرع، إلخ. | 1 | 2 | 8 |  |
|  [E] البطاطا العادية، اليام، المني هوت، اللفت، او أي أطعمة أخرى مصنوعة من الجذور؟ | الأطعمة المصنوعة من الجذور | 1 | 2 | 8 |  |
|  [F] أية خضار ورقية خضراء مثل يجب ادراج أية خضار ورقية خضراء متوفرة محلياً غنية بفيتامين A ؟ | خضار ورقية خضراء | 1 | 2 | 8 |  |
|  [G] المانجو الناضجة، أو البابايا أو يجب ادراج أية فواكه أخرى متوفرة محلياً غنية بفيتامين A؟ | المانجو الناضجة، البابايا الناضجة | 1 | 2 | 8 |  |
|  [H] أية فواكه أو خضار أخرى مثل يجب ادراج الفواكه والخضار الأكثر شيوعا؟  | فواكه وخضار أخرى | 1 | 2 | 8 |  |
|  [I] الكبد أو الكلية أو القلب أو أية لحوم أعضاء حيوانات داخلية أخرى؟ | لحوم أعضاء حيوانات داخلية | 1 | 2 | 8 |  |
|  [J] أية لحوم أخرى، مثل لحم البقر، أو الخروف، أو الماعز، أو الدجاج أو البطّ أو نقانق مصنوعة من هذه اللحوم؟ | لحوم أخرى | 1 | 2 | 8 |  |
|  [K] البيض؟ | بيض | 1 | 2 | 8 |  |
|  [L] الأسماك أو أسماك صدفية، سواء الطازجة أو المجففة؟ | سمك طازج أو مجفف  | 1 | 2 | 8 |  |
|  [M] الفول أو البازلاء أو العدس أو البندق، بما في ذلك أية أطعمة مصنوعة منها؟ | أطعمة مصنوعة من الفول أو البازلاء أو البندق، إلخ. | 1 | 2 | 8 |  |
|  [N] الجبن أو الأطعمة الأخرى المصنوعة من حليب الحيوانات؟ | الجبن أو الأطعمة الأخرى المصنوعة من الحليب | 1 | 2 | 8 |  |
|  [X] أطعمة أخرى صلبة، أو شبه صلبة أو أطعمة ليّنة؟ | أطعمة أخرى صلبة، أو شبه صلبة أو أطعمة ليّنة | 1 | 2*⬂**BD9* | 8*⬂**BD9* |  |
|  [X1] *سجّلي جميع الأطعمة الصلبة الأخرى أو شبه الصلبة أو الليّنة التي لا تندرج ضمن فئات الأطعمة المذكورة أعلاه.* | (*يرجى التحديد*)  |  |
| **BD9**. كم مرة تناول (***الاسم***) أية أطعمة صلبة أو شبه صلبة أو أطعمة ليّنة يوم أمس خلال النهار والليل؟ *إذا كانت الإجابة عن سؤال BD8[A] "نعم، احرصي على أن تشمل الإجابة هنا عدد المرات المسجّل لطعام اللبن الرائب في السؤال BD8[A1].* *إذا كانت الإجابة 7 مرات أو أكثر، سجّلي "7"*. | عدد المرات \_\_\_لا أعرف 8 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نموذج التطعيم |  | IM |
| **IM1**. *تحققي من UB2: عمر الطفل/ة؟* | العمر 0، 1 أو 2 1العمر3 أو 4 سنوات 2 | 2 *انتهى* |
| **IM2**. هل لديك بطاقة/كارت وطنية أو بطاقة صادرة عن مقدم رعاية صحية خاص أو أية وثيقة أخرى تبين اللقاحات التي أخدها/أخدتها (***الاسم***)؟ | نعم، لديها بطاقة (بطاقات) فقط 1نعم، لديها وثيقة أخرى 2نعم، لديها بطاقة (بطاقات)ووثيقة أخرى 3لا، ليس لديها بطاقات أو أية وثيقة أخرى 4 | *IM5**1**IM5*3 |
| **IM3**. هل سبق أن كان لديك بطاقة/كارت وطنية أو بطاقة صادرة عن مقدم رعاية صحية خاص لـ (***الاسم***)؟ | نعم 1لا 2 |  |
| **IM4**. *تحققي من IM2:* | لديها فقط وثيقة أخرى، IM2 = 2 1ليس لديها بطاقات أو أية وثيقة متوفرة أخرى، IM2 = 4 2 | *IM11*2 |
| **IM5**. هل يمكنني رؤية البطاقة (البطاقات) (و/أو) أية وثيقة أخرى؟ | نعم، تمت مشاهدة البطاقة (البطاقات) فقط 1نعم تمت مشاهدة وثيقة أخرى فقط 2نعم، تمت مشاهدة بطاقة (بطاقات)ووثيقة أخرى 3لم تتم مشاهدة أية بطاقاتأو وثيقة أخرى 4 | *IM11*4 |
| **IM6**.1. انسحي التواريخ لكل لقاح من الوثائق.
2. سجّلي “44” في عمود اليوم إذا كانت الوثائق تبيّن أنّ اللقاح قد أعطي ولكن التاريخ لم يُسجّل.
 | **تاريخ التطعيم** |  |
| **اليوم** | **الشهر** | **السنة** |
| التدرُّن (السل)  |  BCG |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 2 |  |
| التهاب الكبد الوبائي (عند الولادة) | HepB0 |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 2 |  |
| شلل الأطفال (عند الولادة ) (OPV) | OPV0 |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 2 |  |
| الجرعة الأولى من تطعيم شلل الأطفال  | OPV1 |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 2 |  |
| الجرعة الثانية من تطعيم شلل الأطفال  | OPV2 |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 2 |  |
| الجرعة الثالثة من تطعيم شلل الأطفال  | OPV3 |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 2 |  |
| تطعيم شلل الأطفال المعطّل | IPV |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 2 |  |
| الجرعة الأولى من اللقاح الخماسي التكافؤ (الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز، المستدمية النزلية، والتهاب الكبد الوبائي) – 1 | Penta1 |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 2 |  |
| الجرعة الثانية من اللقاح الخماسي التكافؤ (الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز، المستدمية النزلية، والتهاب الكبد الوبائي) – 2 | Penta2 |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 2 |  |
| الجرعة الثالثة من اللقاح الخماسي التكافؤ (الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز، المستدمية النزلية، والتهاب الكبد الوبائي) – 3 | Penta3 |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 2 |  |
| الجرعة الأولى من لقاح المكورة الرئوية (المقترن) - 1 | PCV1 |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 2 |  |
| الجرعة الثانية من لقاح المكورة الرئوية (المقترن) - 2 | PCV2 |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 2 |  |
| الجرعة الثالثة من لقاح المكورة الرئوية (المقترن) - 3 | PCV3 |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 2 |  |
| الجرعة الأولى من لقاح الفيروس العجلي (الروتا فيروس)- 1 | Rota1 |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 2 |  |
| الجرعة الثانية من لقاح الفيروس العجلي (الروتا فيروس)- 2 | Rota2 |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 2 |  |
| الجرعة الثالثة من لقاح الفيروس العجلي (الروتا فيروس)- 3 | Rota3 |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 2 |  |
| MMR | MMR |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 2 |  |
| الحمى الصفراء | YF |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 2 |  |
| **IM7**. *تحققي من IM6: هل تم تسجيل جميع اللقاحات (من تطعيم التدرّن، السل BCG وانتهاءً بتطعيم الحمى الصفراء YF)؟* | نعم 1لا 2 | 1 *انتهى* |
| **IM8**. هل شارك/ت (***الاسم***) في أي من الحملات التالية: الأيام الوطنية للتلقيح، أو أيام صحة الطفل: [A] يجب ادراج تاريخ/نوع الحملة A، البرنامج الموسع للتلقيح [B] يجب ادراج تاريخ/نوع الحملة B، البرنامج الموسع للتلقيح [C] يجب ادراج تاريخ/نوع الحملة C، البرنامج الموسع للتلقيح | نعم لا لا أعرفالحملة A..................................................8 2 1الحملة B 8 2 1الحملة C 8 2 1 |  |
| **IM9**. إضافة إلى ما هو مسجّل على الوثيقة (الوثائق) التي عرضتيها عليّ، هل حصل/ت (***الاسم***) على أية لقاحات بما فيها تلك التي تم الحصول عليها خلال حملات التلقيح، أو الأيام الوطنية للتلقيح، أو أيام صحة الطفل التي تم ذكرها؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 | 2 *انتهى*8*انتهى* |
| **IM10***. ارجعي إلى السؤال IM6 واستوضحي أكثر عن هذه اللقاحات.* *سجّلي "66" في عمود اليوم المناسب لكل لقاح تم تلقيه.* *بالنسبة للقاحات التي لم يتم تلقيها، سجّلي "00"* *عند الانتهاء، انتقلي إلى نهاية النموذج.* |  | *انتهى* |
| **IM11**. هل سبق لـ (***الاسم***) تلقي أية لقاحات لحمايته/ها من الإصابة بالأمراض، بما فيها اللقاحات التي تلقاها/تلقتها خلال إحدى الحملات، أو في يوم التلقيح الوطني أو يوم صحة الطفل؟ | نعم 1لا .................. 2لا أعرف 8 |  |
| **IM12**. هل شارك/ت (***الاسم***) في أي من الحملات التالية: الأيام الوطنية للتلقيح، أو أيام صحة الطفل: [A] يجب ادراج تاريخ/نوع الحملة A، البرنامج الموسع للتلقيح [B] يجب ادراج تاريخ/نوع الحملة B، البرنامج الموسع للتلقيح [C] يجب ادراج تاريخ/نوع الحملة C، البرنامج الموسع للتلقيح | نعم لا لا أعرفالحملة A 8 2 1الحملة B 8 2 1الحملة C 8 2 1 |  |
| **IM13**. *تحققي من IM11 و IM12:* | جميع الإجابات "لا" أو "لا أعرف" 1نعم، هناك إجابة واحدة بنعم على الأقل 2 | 1 *انتهى* |
| **IM14**. هل سبق أن حصل/ت (***الاسم***) على لقاح السل (BCG) ضد التدرن - أي حقنة في الذراع أو الكتف تترك عادة ندبة دائمة؟  | نعم 1لا. 2لا أعرف 8 |  |
| **IM15**. هل حصل/ت (***الاسم***) على لقاح التهاب الكبد الوبائي النوع ب - وهو عبارة عن حقنة في الجهة الخارجية من الفخذ للوقاية من مرض التهاب الكبد الوبائي النوع ب - خلال فترة الـ 24 ساعة الأولى من الولادة؟ | نعم، خلال 24 ساعة 1نعم، لكن ليس خلال 24 ساعة 2لا. 3لا أعرف 8 |  |
| **IM16**. هل سبق لـ (***الاسم***) الحصول على أية قطرات لقاح عن طريق الفم لحمايته/ها من مرض شلل الأطفال؟ *استوضحي أكثر بالإشارة إلى أن القطرة الأولى تُعطى عادة عند الولادة وفي وقت لاحق وفي نفس الوقت كحقن للحماية من أمراض أخرى.* | نعم 1لا. 2لا أعرف 8 | *IM20*2*IM20*8 |
| **IM17**. هل تم الحصول على أولى قطرات لقاح شلل الأطفال في الأسبوعين الأولين من الولادة؟  | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **IM18**. كم مرة تم الحصول فيها على قطرات لقاح شلل الأطفال؟ | عدد المرات \_\_\_ |  |
| **IM19**. في آخر مرة حصل/ت فيها (***الاسم***) على قطرات شلل الأطفال، هل حصل/ت أيضاً على حقنة للوقاية من مرض شلل الأطفال؟ *استوضحي أكثر لضمان أن الطفل حصل/ت على كلا اللقاحين، القطرات والحقنة.* | نعم 1لا. 2لا أعرف 8 |  |
| **IM20**. هل سبق أن حصل/ت (***الاسم***) على لقاح خماسي - أي حقنة في الفخذ للوقاية من الكزاز، السعال الديكي، الدفتيريا، التهاب الكبد الوبائي النوع ب والإنفلونزا المستدمية النوع ب؟ *استوضحي أكثر بالإشارة إلى أنه في بعض الأحيان يُعطى الطفل اللقاح الخماسي (الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز،* المستدمية *النزلية، والتهاب الكبد الوبائي) في نفس الوقت الذي تُعطى فيه قطرات لقاح شلل الأطفال.* | نعم 1لا. 2لا أعرف 8 | *IM22*2*IM22*8 |
| **IM21**. كم مرة حصل/ت فيها الطفل/ة على اللقاح الخماسي؟ | عدد المرات \_\_\_ |  |
| **IM22**. هل سبق أن حصل/ت (***الاسم***) على لقاح *المكورات* الرئوية المقترن - أي حقنة للوقاية من الإصابة بمرض المكورات الرئوية، بما في ذلك التهابات الأذن والتهاب السحايا الذي تسببه المكورات الرئوية؟ *استوضحي أكثر بالإشارة إلى أنه في بعض الأحيان يُعطى الطفل لقاح المكورات الرئوية المقترن في نفس الوقت الذي يُعطى فيها لقاح الخماسي.* | نعم 1لا. 2لا أعرف 8 | *IM24*2*IM24*8 |
| **IM23**. كم مرة حصل/ت فيها الطفل/ة على لقاح المكورات الرئوية؟ | عدد المرات \_\_\_ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IM24**. هل سبق أن حصل/ت (***الاسم***) على لقاح الفيروس العجلي (الروتا فيروس) - وهو سائل يُعطى عن طريق الفم للوقاية من الإسهال؟  *استوضحي أكثر بالإشارة إلى أنه في بعض الأحيان يُعطى الطفل لقاح الفيروس العجلي (الروتا فيروس) في نفس الوقت الذي يُعطى فيها التطعيم الخماسي.* | نعم 1لا. 2لا أعرف 8 | *IM26*2*IM26*8 |
| **IM25**. كم مرة حصل/ت فيها الطفل/ة على لقاح الفيروس العجلي (الروتا فيروس)؟ | عدد المرات \_\_\_ |  |
| **IM26**. هل سبق أن حصل/ت (***الاسم***) على لقاح الحصبة والنُكاف والحُميراء (MMR) - وهو حقنة تُعطى في الذراع في سنّ 9 أشهر أو أكثر للوقاية من الإصابة بالحصبة والنكاف والحُميراء؟ | نعم 1لا. 2لا أعرف 8 |  |
| **IM27**. هل سبق أن حصل/ت (***الاسم***) على لقاح الحمى الصفراء - وهو حقنة تُعطى في الذراع في سنّ 9 أشهر أو أكثر للوقاية من الإصابة بالحمى الصفراء؟   *استوضحي أكثر بالإشارة إلى أنه في بعض الأحيان يُعطى لقاح الحمى الصفراء في نفس الوقت الذي يُعطى فيه تطعيم الحصبة والنُكاف والحُميراء (MMR).* | نعم 1لا. 2لا أعرف 8 |  |
| **IM28**. *قومي بإعداد نسخة من* ***نموذج لسجلات التطعيمات في المرافق الصحية*** *لهذا الطفل.* *استوفي لوحة المعلومات لذلك الاستبيان* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نموذج العناية بالمرض |  | CA |
| **CA1.** في الأسبوعين الأخيرين، هل أصيب/ت (***الاسم***) بالإسهال؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 | *CA14*2*CA14*8 |
| **CA2**. *تحققي من BD3: هل ما زال/ت الطفل/ة يرضع/ترضع رضاعة طبيعية؟* | نعم او فارغة، BD3 = 1 او فارغة 1لا أو لا أعرف، BD3 = 2 أو 8 2 | *CA3A*1*CA3B*2 |
| **CA3A**. أودّ أن أعرف كمية السوائل التي أعطيت لـ (***الاسم***) لشربها أثناء الإصابة بالإسهال. وهذا يشمل حليب الأم، أملاح معالجة الجفاف (ORS) التي تُعطى عن طريق الفم وأية سوائل أخرى تُعطى مع الدواء. خلال الوقت الذي كان/ت (***الاسم***) يعاني/تعاني فيه من الإسهال، هل أعطي/ت كمية أقل من كمية السوائل التي تُعطى عادة لشربها، أم كمية مساوية لها، أو كمية أكبر من المعتاد؟ *إذا كان الجواب "أقل"، استوضحي*: هل أعطي/ت كمية أقل بكثير من الكمية المعتادة لشربها، أو أقل بعض الشيء؟**CA3B**. أودّ أن أعرف كمية السوائل التي أعطيت لـ (***الاسم***) لشربها أثناء الإصابة بالإسهال. وهذا يشمل أملاح معالجة الجفاف (ORS) وسوائل أخرى تُعطى مع الدواء. خلال الوقت الذي كان/ت (***الاسم***) يعاني/تعاني فيه من الإسهال، هل أعطي/ت كمية أقل من كمية السوائل التي تُعطى عادة لشربها، أم نفس الكمية تقريباً، أم كمية أكبر من المعتاد؟ *إذا كان الجواب "أقل"، استوضحي*: هل أعطي/ت كمية أقل بكثير من الكمية المعتادة لشربها، أو أقل بعض الشيء؟ | أقل بكثير 1أقل بعض الشيء 2نفس الكمية تقريباً 3أكثر 4لم يُعطى/تُعطى شيء لشربه 5لا أعرف 8 |  |
| **CA4**. ***خلال الوقت الذي كان/ت (***الاسم) يعاني/تعاني فيه من الإسهال، هل أعطي/ت كمية أقل من كمية الطعام التي تُعطى عادة لتناولها، أم نفس الكمية تقريباً، أم كمية أكبر من المعتاد؟ إذا كان الجواب "أقل"، استوضحي: هل أعطي/ت كمية أقل بكثير من الكمية المعتادة لتناولها، أم أقل بعض الشيء؟ | أقل بكثير 1أقل بعض الشيء 2نفس الكمية تقريباً 3أكثر 4توقف/ت عن تناول الطعام نهائياً 5لم يتم تناول الطعام أبداً (نظرا للعمر) 7لا أعرف 8 |  |
| **CA5**. هل حصلت على مشورة أو علاج لمرض الإسهال من أي مصدر؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 | *CA7*2*CA7*8 |
| **CA6**. من أين حصلت على المشورة أو العلاج؟ *استوضحي أكثر:* أي مكان آخر؟ ضعي دائرة حول جميع مقدمي المشورة أو العلاج المذكورين، لكن لا تقترحي على المستجيبة أية أسماء أو جهات. استوضحي منها أكثر لتحديد نوع كل جهة تقديم علاج أو مشورة. إذا لم تكن قادرة على تحديد إذا ما كان المكان مكاناً عاماً أم خاصّاً، اكتبي اسم المكان ومن ثم سجّلي مؤقتاً "X" إلى أن تتعرفي على الفئة المناسبة للإجابة. (*اسم المكان*) | **قطاع طبي عام** مستشفى حكومي A مركز صحي حكومي B موقع صحي حكومي C عامل أو عاملة صحية مجتمعية D عيادة متنقلة / عيادة ميدانية E قطاع طبي عام آخر (*يرجى التحديد*) H**قطاع طبي خاص** مستشفى / عيادة خاصة I طبيب/ة خاص/ة J صيدلية خاصة K عامل أو عاملة صحية مجتمعية (غير حكومية) L عيادة متنقلة M مؤسسة طبية خاصة أخرى (*يرجى التحديد*) O**مصدر آخر** أحد الأقارب / الأصدقاء P متجر / سوق / الشارع Q ممارس تقليدي Rغير ذلك (*يرجى التحديد*) X |  |
| **CA7**. خلال الوقت الذي كان/ت (***الاسم***) يعاني/تعاني من الإسهال، هل تم إعطاؤه/ها:  [A] سائل مصنوع من عبوة خاصة تُدعى يجب ادراج الاسم المحلي لمحلول معالجة الجفاف؟ [B] محلول لمعالجة الجفاف معبأ مسبقاً يُدعى يجب ادراج الاسم المحلي لسائل محلول معالجة الجفاف المعبأ مسبقاً؟ [C] أقراص أو شراب الزنك؟ [D] يجب ادراج السائل المنزلي الصنع الذي توصي به الحكومة. | نعم لا لا أعرفسائل من عبوة محلول معالجة الجفاف 8 2 1سائل محلول معالجة الجفاف المعبأ مسبقاً 8 2 1أقراص أو شراب الزنك......................... 1 2 8سائل موصى به من الحكومة 8 2 1 |  |
| **CA8**. تحققي من CA7[A] و CA7[B]: هل أعطي/ت الطفل/ة أي محلول لمعالجة الجفاف؟ | نعم، نعم في CA7[A] أو CA7[B] 1لا، "لا" أو "لا أعرف"  في كل من CA7[A] و CA7[B] 2 | *CA10*2 |
| **CA9**. من أين حصلت على (*محلول معالجة الجفاف المذكور فيCA7B]] و/أو CA7A]]*؟ استوضحي منها أكثر لتحديد نوع المصدر.  إذا كانت الإجابة "كان موجودا في المنزل"، استوضحي أكثر لمعرفة إذا كان المصدر معروف. إذا لم تكن قادرة على تحديد إذا ما كان المصدر مصدراً عاماً أم خاصّاً، اكتبي اسم المكان ومن ثم سجّلي مؤقتاً "X" إلى أن تتعرفي على الفئة المناسبة للإجابة. (اسم المكان) | **قطاع طبي عام** مستشفى حكومي A مركز صحي حكومي B موقع صحي حكومي C عامل أو عاملة صحية مجتمعية D عيادة متنقلة / عيادة ميدانية E قطاع طبي عام آخر (*يرجى التحديد*) H**قطاع طبي خاص** مستشفى / عيادة خاصة I طبيب/ة خاص/ة J صيدلية خاصة K عامل أو عاملة صحية مجتمعية (غير حكومية) L عيادة متنقلة M مؤسسة طبية خاصة أخرى (*يرجى التحديد*) O**مصدر آخر** أحد الأقارب / الأصدقاء P متجر / سوق / الشارع Q ممارس تقليدي Rغير ذلك (*يرجى التحديد*) Xلا أعرف / لا أتذكر Z |  |
| **CA10**. تحققي من CA7[C]: هل أخد/ت الطفل/ة الزنك؟ | نعم، CA7[C] =1 1لا، CA7[C] ≠1 2 | *CA12*2 |
| **CA11**. من أين حصلت على الزنك؟ استوضحي منها أكثر لتحديد نوع المصدر. إذا كانت الإجابة "كان موجودا في المنزل"، استوضحي أكثر لمعرفة إذا كان المصدر معروف. إذا لم تكن قادرة على تحديد إذا ما كان المصدر مصدراً عاماً أم خاصّاً، اكتبي اسم المكان ومن ثم سجّلي مؤقتاً "X" إلى أن تتعرفي على الفئة المناسبة للإجابة. (اسم المكان) | **قطاع طبي عام** مستشفى حكومي A مركز صحي حكومي B موقع صحي حكومي C عامل أو عاملة صحية مجتمعية D عيادة متنقلة / عيادة ميدانية E قطاع طبي عام آخر (*يرجى التحديد*) H**قطاع طبي خاص** مستشفى / عيادة خاصة I طبيب/ة خاص/ة J صيدلية خاصة K عامل أو عاملة صحية مجتمعية (غير حكومية) L عيادة متنقلة M مؤسسة طبية خاصة أخرى (*يرجى التحديد*) O**مصدر آخر** أحد الأقارب / الأصدقاء P متجر / سوق / الشارع Q ممارس تقليدي Rغير ذلك (*يرجى التحديد*) Xلا أعرف / لا أتذكر Z |  |
| **CA12**. هل تم إعطاء الطفل/ة أي شيء (آخر) لعلاج الإسهال؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 | *CA14*2*CA14*8 |
| **CA13**. ماذا تم إعطاء الطفل/ة (أيضاً) لعلاج الإسهال؟ *استوضحي أكثر*: أي شيء آخر؟ *سجّلي جميع الأدوية المعطاة. اكتبي العلامة / العلامات التجارية لجميع الأدوية المذكورة.* (اسم العلامة التجارية) (اسم العلامة التجارية) | **حبوب أو شراب** مضاد حيوي A دواء قابض (مضاد للإسهال) B حبوب أخرى أو شراب آخر G حبوب غير معروفة أو شراب غير معروف H**حقنة** مضاد حيوي B من غير المضادات الحيوية M حقنة غير معروفة Nالحقن عن طريق الوريد (iv) Oمستحضر منزلي / دواء من الأعشاب Qغير ذلك (*يرجى التحديد*) X |  |
| **CA14**. هل كان/كانت (***الاسم***) في أي وقت من الأوقات خلال الأسبوعين الماضيين مصاب/ة بالحمى؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 | *CA16*2*CA16*8 |
| **CA15**. في أي وقت من الأوقات خلال فترة المرض، هل سبق أن تم أخذ عينة دم من أصبع أو كعب قدم (***الاسم***) بغرض التحليل؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **CA16**. هل كان/كانت (***الاسم***) في أي وقت من الأوقات خلال الأسبوعين الماضيين يعاني/تعاني من السعال؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **CA17**. خلال الأسبوعين الماضين، هل كان/كانت (***الاسم***) يتنفس/تتنفس بشكل أسرع من المعتاد مع تنفس قصير و سريع ؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 | *CA19*2*CA19*8 |
| **CA18**. هل كان التنفس السريع أو صعوبة التنفس بسبب مشكلة في الصدر أو انسداد في الأنف أو سيلان من الأنف؟ | مشكلة في الصدر فقط 1انسداد أو سيلان في الأنف فقط 2كلاهما 3غير ذلك (*يرجى التحديد*) 6لا أعرف 8 | *CA20*1*CA20*2*CA20*3*CA20*6*CA20*8 |
| **CA19**. تحققي من CA14: هل سبق أن أصيب/ت الطفل/ة بالحمى؟ | نعم، CA14 = 1 1لا أو لا أعرف، CA14 = 2 أو 8 2 | *CA30*2 |
| **CA20**. هل حاولت الحصول على مشورة أو علاج للمرض من أي مصدر؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 | *CA22*2*CA22*8 |
| **CA21**. من أين حصلت على المشورة أو العلاج؟ *استوضحي أكثر:* أي مكان آخر؟ ضعي دائرة حول جميع مقدمي المشورة أو العلاج المذكورين، لكن لا تقترحي على المستجيبة أية أسماء أو جهات. استوضحي منها أكثر لتحديد نوع كل جهة تقديم علاج أو مشورة.  إذا لم تكن قادرة على تحديد إذا ما كان المكان مكاناً عاماً أم خاصّاً، اكتبي اسم المكان ومن ثم سجّلي مؤقتاً "X" إلى أن تتعرفي على الفئة المناسبة للإجابة. (اسم المكان) | **قطاع طبي عام** مستشفى حكومي A مركز صحي حكومي B موقع صحي حكومي C عامل أو عاملة صحية مجتمعية D عيادة متنقلة / عيادة ميدانية E قطاع طبي عام آخر (*يرجى التحديد*) H**قطاع طبي خاص** مستشفى / عيادة خاصة I طبيب/ة خاص/ة J صيدلية خاصة K عامل أو عاملة صحية مجتمعية (غير حكومية) L عيادة متنقلة M مؤسسة طبية خاصة أخرى (*يرجى التحديد*) O**مصدر آخر** أحد الأقارب / الأصدقاء P متجر / سوق / الشارع Q ممارس تقليدي Rغير ذلك (*يرجى التحديد*) X |  |
| **CA22**. خلال وقت المرض، هل تم إعطاء (***الاسم***) أي دواء لعلاج المرض؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 | *CA30*2*CA30*8 |
| **CA23**. أي دواء تم إعطاءه لـ (***الاسم***)؟ *استوضحي أكثر:* أية أدوية أخرى؟ ضعي دائرة حول جميع الأدوية المعطاة.إذا لم تتمكن من تحديد نوع الدواء، اكتبي العلامة / العلامات التجارية ثم سجل "X" مؤقتا حتى تكتشف الاجابة المناسبة. (اسم العلامة التجارية) (اسم العلامة التجارية) | **الأدوية المضادة للملاريا** علاج االأرتيميسينين المركب. ACT.................. A أقراص سلفادوكسين/بيريميثامين / فان سيدار B الكلور وكين C أمدياكن D كينين أقراص E حقنة/الحقن عن طريق الوريد F الأرتيسونات  تحاميل G حقنة/الحقن عن طريق الوريد H أدوية أخرى مضادة للملاريا (*يرجى التحديد*) K**مضادات حيوية** أموكسيلين L كوتريموكسازول M مضاد حيوي آخر أقراص/شراب N مضاد حيوي آخر حقنة/الحقن عن طريق الوريد O**أدوية أخرى** باسيتامول/ بانادول/ الأسيتامينوفين R أسبرين S آيبروفين Tغير ذلك (*يرجى التحديد*) Xلا أعرف Z |  |
| **CA24**. تحققي من CA23: هل تم ذكر المضادات الحيوية؟ | نعم، تم ذكر المضادات الحيوية،  CA23 = L - O 1لا، لم يتم ذكر المضادات الحيوية 2 | *CA26*2 |
| **CA25**. من أين حصلت على (***اسم الدواء في CA23، الرموز من / إلى O***)؟  استوضحي منها أكثر لتحديد نوع المصدر. إذا كانت الإجابة "كان موجودا في المنزل"، استوضحي أكثر لمعرفة إذا كان المصدر معروف. إذا لم تكن قادرة على تحديد إذا ما كان المصدر مصدراً عاماً أم خاصّاً، اكتبي اسم المكان ومن ثم سجّلي مؤقتاً "X" إلى أن تتعرفي على الفئة المناسبة للإجابة. (اسم المكان) | **قطاع طبي عام** مستشفى حكومي A مركز صحي حكومي B موقع صحي حكومي C عامل أو عاملة صحية مجتمعية D عيادة متنقلة / عيادة ميدانية E قطاع طبي عام آخر (*يرجى التحديد*) H**قطاع طبي خاص** مستشفى / عيادة خاصة I طبيب/ة خاص/ة J صيدلية خاصة K عامل أو عاملة صحية مجتمعية (غير حكومية) L عيادة متنقلة M مؤسسة طبية خاصة أخرى (*يرجى التحديد*) O**مصدر آخر** أحد الأقارب / الأصدقاء P متجر / سوق / الشارع Q ممارس تقليدي Rغير ذلك (*يرجى التحديد*) Xلا أعرف / لا أتذكر Z |  |
| **CA26**. تحققي من CA23: هل تم ذكر الأدوية المضادة للملاريا؟ | نعم، تم ذكر الأدوية المضادة للملاريا، CA23 =A-K 1.لا، لم يتم ذكر الأدوية المضادة للملاريا 2 | *CA30*2 |
| **CA27**. من أين حصلت على (***اسم الدواء في CA23، الرموز من A إلى K***)؟ استوضحي منها أكثر لتحديد نوع المصدر. إذا كانت الإجابة "كان موجودا في المنزل"، استوضحي أكثر لمعرفة إذا كان المصدر معروف. إذا لم تكن قادرة على تحديد إذا ما كان المصدر مصدراً عاماً أم خاصّاً، اكتبي اسم المكان ومن ثم سجّلي مؤقتاً "X" إلى أن تتعرفي على الفئة المناسبة للإجابة. (اسم المكان) | **قطاع طبي عام** مستشفى حكومي A مركز صحي حكومي B موقع صحي حكومي C عامل أو عاملة صحية مجتمعية D عيادة متنقلة / عيادة ميدانية E قطاع طبي عام آخر (*يرجى التحديد*) H**قطاع طبي خاص** مستشفى / عيادة خاصة I طبيب/ة خاص/ة J صيدلية خاصة K عامل أو عاملة صحية مجتمعية (غير حكومية) ..............L عيادة متنقلة M مؤسسة طبية خاصة أخرى (*يرجى التحديد*) O**مصدر آخر** أحد الأقارب / الأصدقاء P متجر / سوق / الشارع Q ممارس تقليدي Rغير ذلك (*يرجى التحديد*) Xلا أعرف / لا أتذكر Z |  |
| **CA28**. *تحققي من CA23: هل تم وضع دائرة حول أكثر من دواء من الأدوية المضادة للملاريا في الرموز من A إلى K؟* | نعم، تم ذكر عدة أدوية مضادة للملاريا 1لا، ذُكر دواء واحد فقط مضاد للملاريا 2 | *CA29A*1*CA29B*2 |
| **CA29A.** كم مر من الوقت بعد الإصابة بالحمى قبل أن يتناول/تتناول فيها (***الاسم***) لأول مرة أول دواء من بين (أ***ذكري للمستجيبة*** ***أسماء جميع مضادات الملاريا التي تم وضعت دائرة حولها في CA23، الرموز من A إلى K****)* ؟ **CA29B.** كم مر من الوقت بعد الإصابة بالحمى قبل أن يتناول/تتناول فيها (***الاسم***) لأول مرة (***اذكري اسم المضاد للملاريا الذي وضعت عليه دائرة في CA23، الرموز من A إلى K****)* ؟  | في نفس اليوم 0في اليوم التالي 1بعد يومين من بداية الحمى 2بعد ثلاثة أيام أو أكثر من بداية الحمى 3لا أعرف 8 |  |
| **CA30**. *تحققي من* UB2: *عمر الطفل/ة*؟ | العمر 0، 1 أو 2 1العمر3 أو 4 سنوات 2 | 2 *انتهى* |
| **CA31**. في آخر مرة تبرز/تبرزت فيها *(****الاسم****)*، ما الذي تم فعله للتخلص من البراز؟  | استخدم الطفل الحمّام / المرحاض 01تم التخلص منه في الحمام أو المرحاض 02تم رميه في المجاري أو في حفرة 03تم رميه في القمامة (نفايات صلبة) 04تم دفنه 05ترك في العراء 06غير ذلك (*يرجى التحديد*) 96لا أعرف 98 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UF11**. *سجّلي الوقت.* | الساعات والدقائق \_\_\_ \_\_\_ : \_\_\_ \_\_\_ |  |
| **UF12**. *لغة الاستبيان.* | العربية 1اللغة 2 2اللغة 3 3 |  |
| **UF13**. *لغة المقابلة.* | العربية 1اللغة 2 2اللغة 3 3لغة أخرى (*يرجى التحديد*) 6 |  |
| **UF14**.*اللغة الأم للمستجيبة.* | العربية 1اللغة 2 2اللغة 3 3لغة أخرى (*يرجى التحديد*) 6 |  |
| **UF15**. *هل تم استخدام مترجم لترجمة أية أجزاء من هذا الاستبيان؟* | نعم، لترجمة كامل الاستبيان 1نعم، لترجمة أجزاء من الاستبيان 2لا، لم يتم استخدام مترجم 3 |  |
| **UF16**. أخبري المستجيبة بأنه يجب عليك قياس وزن وطول الطفل/ة قبل مغادرة المنزل، وأن زميل/ة لك سيأتي/تأتي لتنفيذ هذا القياس. قومي بإعداد نسخة عن نموذج قياس الوزن والطول لهذا/هذه الطفل/ة واستوفي لوحة المعلومات في ذلك النموذج. تحققي من العمودين رقم HL10 وHL20 في قائمة أفراد الأسرة، استبيان الأسرة المعيشية: هل المستجيبة أم أو مانحة رعاية لأي طفل/ة آخر/أخرى يتراوح عمره/ها بين 0 و4 سنوات يعيش/تعيش ضمن هذه الأسرة؟ **🞎** نعم  انتقلي إلى UF17 في لوحة معلومات الأطفال دون سنّ الخامسة وضعي دائرة حول "01". بعد ذلك انتقلي إلى استبيان الأطفال دون سنّ الخامسة التالي ليتم استيفاءه مع نفس المستجيبة. **🞎** لا  تحققي من العمودين رقم HL6 وHL20 في قائمة أفراد الأسرة، استبيان الأسرة المعيشية: هل المستجيبة أم أو مانحة رعاية لأي لطفل/ة في الفئة العمرية 5-17 سنة تم اختياره/ها لاستفاء استبيان الأطفال في الفئة العمرية بين 5 -17 سنة في هذه الأسرة المعيشية؟ 🞎 نعم  انتقلي إلى UF17 في لوحة معلومات الأطفال دون سنّ الخامسة وضعي دائرة حول "01". بعد ذلك انتقلي إلى استبيان الأطفال في الفئة العمرية بين 5 - 17 سنة ليتم استيفاءه مع نفس المستجيبة. **🞎** لا  انتقلي إلى UF17 في لوحة معلومات الأطفال دون سنّ الخامسة وضعي دائرة حول "01". بعد ذلك أنهي المقابلة مع هذه المستجيبة بشكرها على تعاونها. تحققي إذا ما كان هناك أية استبيانات أخرى يجب استيفاؤها في هذه الأسرة المعيشية. |

|  |
| --- |
| لوحة معلومات نموذج قياس الوزن والطول AN |
| **AN1**. *رقم العنقود:* \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ | **AN2**. *رقم الأسرة المعيشية:* \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
| **AN3**. *اسم الطفل/ة ورقم السطر:*الاسم \_\_\_\_ \_\_\_\_ | **AN4**. *عمر الطفل/ة المأخوذ من UB2:*العمر (بالسنوات الكاملة) \_\_ |
| **AN5**. *اسم الأم / مانحة الرعاية ورقم السطر:*الاسم \_\_\_\_ \_\_\_\_ | **AN6**. *اسم ورقم الباحثة:*الاسم \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| قياس الوزن والطول |  |  |
| **AN7**. *اسم ورقم المسؤول/ة عن القياس:* | الاسم \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ |  |
| **AN8**. *سجّلي نتيجة قياس الوزن كما قرأها/قرأتها مسؤول/ة القياس:* *اقرأ/اقرئي ما قمت بتسجيله على مسامع مسؤول/ة القياس واحرص/احرصي أيضاً على أن يتحقق/تتحقق من العدد المسجل.* | كيلوغرام (كغم) \_\_\_\_ \_\_\_\_**.**\_\_\_\_الطفل/ة غير موجود/ة 99.3رفض/رفضت الطفل/ة 99.4المستجيب/ة رفضت 99.5غير ذلك (*يرجى التحديد*) 99.6 | *AN13*99.3*AN10*99.4*AN10*99.5*AN10*99.6 |
| **AN9**. *هل كان الطفل/ة مجرد/ة من ملابسه/ها بالحد الأدنى؟* | نعم 1لا، تعذر تجريد الطفل/ة من ملابسه/ها بالحد الأدنى 2 |  |
| **AN10**. *تحققي من AN4: عمر الطفل/ة؟* | العمر0 أو 1 سنة 1العمر 2, أو 3, أو 4 2 | *AN11A*1*AN11B*2 |
| **AN11A**. *عمر الطفل/ة أقل من سنتين ويجب قياسه/ها وهو/هي مستلقي/ة. سجّلي نتيجة قياس الطول كما قرأها/قرأتها مسؤول/ة القياس:* *اقرأ/اقرئي ما قمت بتسجيله على مسامع مسؤول/ة القياس واحرص/احرصي أيضاً على أن يتحقق/تتحقق من العدد المسجل.***AN11B**. *عمر الطفل/ة سنتين على الأقل ويجب أن يتم قياسه/ها وقوفاً. سجّلي/ سجّلي نتيجة قياس الطول كما قرأها/قرأتها مسؤول/ة القياس:* *اقرأ/اقرئي ما قمت بتسجيله على مسامع مسؤول/ة القياس واحرص/احرصي أيضاً على أن يتحقق/تتحقق من العدد المسجل.* | الطول / الارتفاع (سم) \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ . \_\_\_رفض/رفضت الطفل/ة 999.4المستجيب/ة رفضت 999.5غير ذلك (*يرجى التحديد*) 999.6 | *AN13*999.4*AN13*999.5*AN13*999.6 |
| **AN12**. *كيف تم فعلياً قياس الطفل/ة؟ وهو/هي مستلقي/ة أم وقوفاً؟* | مستلقي/ة 1وقوفاً 2 |  |
| **AN13**. *تاريخ اليوم: اليوم / الشهر / السنة:*2 0 1 \_\_\_/\_\_\_ \_\_\_ /\_\_\_ \_\_\_  |  |  |
| **AN14**. هل يوجد ضمن الأسرة المعيشية أي طفل/ة آخر/أخرى دون سنّ الخامسة لم يتم قياسه/ها بعد؟ | نعم 1لا 2 | 1*الطفل/ة التالي/ة* |
| **AN15**. اشكري المستجيب/ة على تعاونه/ها وأبلغي مشرفك/تك أنك و المسؤول(ة) عن القياس قد استكملتما جميع القياسات في هذه الأسرة المعيشية. |

|  |
| --- |
| **ملاحظات الباحثة** |
|  |

|  |
| --- |
| **ملاحظات مسؤول/ة القياس** |
|  |

|  |
| --- |
| **ملاحظات المشرف/ة** |
|  |