|  |
| --- |
| MICS logo ALLquestionnaire pour enfant moins de 5 ans**Nom de l’enquête** |
|  |
| Panneau d’information sur les enfants de moins de cinq ans uf |
| Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir liste des membres du ménage, colonne Hl15) qui prennent soin d’enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir liste des membres du ménage, colonne HL7B). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque enfant éligible. |
| **UF1**. Numéro de grappe : | **UF2**. Numéro de ménage : |
| \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  | \_\_\_ \_\_\_  |
| **UF3**. Nom de l’enfant : | **UF4**. Numéro de ligne de l’enfant :  |
| Nom  | \_\_\_ \_\_\_  |
| **UF5**. Nom de la mère / gardienne : | **UF6.** Numéro de ligne de la mère / gardienne :  |
| Nom  | \_\_\_ \_\_\_  |
| **UF7**. Nom et code de l’enquêteur/enquêtrice : | **UF8**. Jour / Mois / Année de l’interview : |
| Nom \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ /\_\_\_ \_\_\_ / 2 0 1 \_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| *Si n’est pas déjà fait, se présenter à la personne qui répond:*Nous faisons partie (agence d’exécution du pays). Nous travaillons sur un projet concernant la santé familiale et l’éducation. Je voudrais vous parler de la santé et du bien-être de (nom de l’enfant en UF3). L’interview devrait prendre environ (nombre) minutes. Toutes les informations que nous recueillons resteront strictement confidentielles et anonymes. | *Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà était faite à la personne qui répond, lire la phrase suivante:* maintenant Je voudrais vous parler de la santé et du bien-être de (nom de l’enfant en UF3). L’interview devrait prendre environ (nombre) minutes. toutes les informations que nous recueillons resteront strictement confidentielles et anonymes. |
|  Puis-je commencer maintenant ? * Oui, permission accordée ⇨ *Aller à UF12 pour enregistrer l’heure et commencer l’*interview.
* Non, permission non accordée ⇨ Encercler ‘03’ à UF9. Discuter ce résultat avec le chef d’équipe.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **UF9**. Résultat de l’interview pour les enfants de moins de 5 ans :  Les codes font référence à la mère/gardien(ne). | Rempli 01Pas à la maison 02Refusé 03Partiellement rempli 04Incapacité 05Autre (*préciser*) 96 |

|  |  |
| --- | --- |
| **UF10**. Contrôlé sur le terrain par (Nom et numéro) :Nom \_\_\_ \_\_\_ | **UF11**. Agent de saisie (Nom et numéro) :Nom \_\_\_ \_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UF12**. *Enregistrer l’heure.* | Heure et minutes \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ |  |

|  |
| --- |
| age AG |
| **AG1**. Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le développement et la santé de (*nom*). Quel jour, quel mois et quelle année (*nom*) est-il/elle né/e ?Insister: Quelle est sa date de naissance ?Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; sinon, encercler 98 pour jourLe mois et l’année doivent être enregistrés. | Date de naissance : Jour \_\_ \_\_ NSP Jour 98 Mois \_\_ \_\_ Année 2 0\_\_ \_\_ |  |
| **AG2.** Quel âge a (nom) ?Insister : Quel âge a eu (nom) à son dernier anniversaire ?Enregistrer l’âge en années révolues.Si moins de 1 an, enregistrer ‘0’.Comparer et corriger AG1 et/ou AG2 si incohérentes. | Âge (en années révolues) \_\_  |  |

|  |
| --- |
| enregistrement des naissanceS BR |
| **BR1**. (Nom)a-t-il/elle un certificat/acte de naissance ? *Si oui, demander*  puis-je le voir ? | Oui, vu 1Oui, non vu 2Non 3NSP 8 | 1⇨Module Suivant2⇨Module Suivant |
| **BR2**. La naissance de (nom) a-t-elle été enregistrée/déclarée auprès ***de l’autorité civile / l’état civil ?*** | Oui 1Non 2NSP 8 | 1⇨ Module Suivant  |
| **BR3**. Savez-vous comment faire enregistrer la naissance de (nom) ?  | Oui 1Non 2 |  |

|  |
| --- |
| développement du jeune enfant eC |
| **EC1**. Combien de livres d’enfants ou de livres d’images avez-vous pour (nom) ? | Aucun 00Nombre de livres d’enfant 0 \_\_Dix livres ou plus 10 |  |
| **EC2**. Je voudrais savoir quels objets (nom) utilisé pour jouer quand il/elle est a la maison. Est-ce qu’íl/elle joue avec :[A] des jouets fabriques à la maison (comme des poupées, voitures ou autres jouets fabriques a la maison) ?[B] des jouets d’un magasin ou des jouets d’un fabricant ?[C] Objets du ménage (comme des bassines, casseroles), ou des objets trouvés dehors (comme des bâtons, pierres, animaux, coquilles ou feuilles) ?Si l’enquêté(e) dit “Oui” à une des catégories ci-dessus, insister pour savoir précisément avec quoi l’enfant joue pour être sûr de la réponse.  |  O N NSPJouets fabriqué à la maison 1 2 8Jouets de magasin 1 2 8Objets du ménageou objets du dehors 1 2 8  |  |
| **EC3**. Parfois les adultes qui s’occupent des enfants doivent quitter la maison pour aller faire des courses, faire la lessive, ou pour d’autres raisons et doivent laisser les jeunes enfants. Au cours de la semaine passée, combien de jours (nom) a-t-il/elle été: [A] laissé seul(e) pendant plus d’une heure ? [B] laissé à la garde d’un autre enfant c’est-à-dire quelqu’un de moins de 10 ans, pendant plus d’une heure ?Si ‘jamais’, inscrire ’0’. Si ‘Ne sait pas’, inscrire ‘8’ | Nombre de jours laissé seul pendant plus d’une heure \_\_Nombre de jours laissé avec unenfant pendant plus d’une heure \_\_ |  |
| **EC4**. Vérifier AG2: Age de l’enfant 🞎 Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇨ Aller au Module suivant  🞎 Enfant de 3 ou 4 ans ⇨ Continuer avec EC5 |
| **EC5**. (Nom) suit-il/elle un programme d’apprentissage éducatif ou une classe d’éveil, dans un établissement public ou privé, y compris un jardin d’enfants ou une garderie communautaire ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EC7**. Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du menage 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) ?  Encercler tout ce qui est mentionné. |  |  |
|  | Mère | Père | Autre | Pers-son-ne |  |
|  [A] Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (nom) ? | Lire des livres | A | B | X | Y |  |
|  [B] Raconter des histoires à (nom) ? | Raconter des histoires | A | B | X | Y |  |
|  [C] Chanter des chansons à (nom) ou avec (nom), y compris des berceuses ? | Chanter des chansons | A | B | X | Y |  |
|  [D] Emmener (nom) en promenade en dehors de la maison, de la résidence, de la cour ou de l’enceinte ? | Promener | A | B | X | Y |  |
|  [E] Jouer avec (nom) ? | Jouer | A | B | X | Y |  |
|  [F]nommer, compter, et/ou dessiner des choses pour ou avec (nom)? | Nommer/Compter | A | B | X | Y |  |
| **EC8**.Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé et le développement de votre enfant. Les enfants ne se développent pas tous de manière identique et ils n’apprennent pas tous à la même vitesse. Certains, par exemple, marchent plus tôt que d’autres. Ces questions portent sur plusieurs aspects du développement de votre enfant. Est-ce que (nom) connaît ou peut citer au moins dix lettres de l’alphabet ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| **EC9**. Est-ce que (nom) peut lire au moins quatre mots simples, courants ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| **EC10**. Est-ce que (nom) peut citer et reconnaître tous les chiffres de 1 à 10? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| **EC11**. Est-ce que (nom) peut attraper par terre avec deux doigts un petit objet, comme un baton ou un caillou? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| **EC12**. Est-ce que (nom) est parfois trop malade pour jouer ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| **EC13**. Est-ce que (nom) est capable de suivre de simples instructions sur comment faire quelque chose correctement ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| **EC14**. Quand on donne quelque chose à faire à (nom), est-il/elle capable de le faire de manière indépendante ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| **EC15**. Est-ce que *(*nom) s’entend bien avec les autres enfants ?  | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| **EC16**. Est-ce que (nom) donne des coups de pieds, mord, ou frappe les autres enfants ou les adultes ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| **EC17**. Est-ce que (nom) est facilement distrait?  | Oui 1Non 2NSP 8 |  |

|  |
| --- |
| Allaitement et apport alimentaire Bd |
| **BD1.** Vérifier AG2: Age de l’enfant **🞎**  L’enfant a 0, 1 ou 2 ans ⇨ Continuer avec BD2 **🞎** L’enfant a 3 ou 4ans ⇨ Aller au Module TRAITEMENT DES MALADIES |
| **BD2**. est-ce que (nom) a été allaite ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨BD48⇨BD4 |
| **BD3**. est-ce que (nom) est encore allaite ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| **BD4**. Hier, pendant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu quelque chose au biberon ?  | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| **BD5**. Hier pendant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu une SRO (Solution de Réhydratation orale) ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| **BD6**. Hier pendant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu ou mange 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. Je voudrais savoir si (nom) a recu ce liquide meme si combine avec d’autres aliments.  SVP, inclure aussi tous les liquides consommes en dehors de la maison.Est-ce que (nom) a bu (Nom de la boisson) hier, durant le jour ou la nuit: |  |  |
|  | O | N | NSP |  |
|  [A] de l’eau simple? | De l’eau | 1 | 2 | 8 |  |
|  [B] du jus de fruits ou des boissons a base de jus de fruits? | Jus ou boissons à base de jus | 1 | 2 | 8 |  |
|  [C] ***insérer le nom local pour bouillon clair/soupe claire*** ? | Bouillon | 1 | 2 | 8 |  |
|  [D] du lait en boite, en poudre ou du lait frais d’animal ? | Lait  | 1 | 2 | 8 |  |
| Si oui : Combien de fois est-ce-que (nom) a bu du lait? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. *Si NSP, enregistrer ‘8’.* | Nombre de fois lait bu | \_\_ |  |
|  [E] une préparation pour bébé vendue en commerce? | Preparation pour bébé  | 1 | 2 | 8 |  |
|  Si oui : Combien de fois est-ce-que (nom) a bu une préparation pour bébé ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. *Si NSP, enregistrer ‘8’.* | Nombre de fois préparation pour bébé | \_\_ |  |
|  [F] n’importe quels autres liquides ?*Préciser \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | Autres liquides | 1 | 2 | 8 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BD8**. Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les (autres) aliments que (nom) pourrait avoir pris hier, durant le jour ou la nuit. A nouveau, je voudrais savoir si (nom) a eu cet aliment meme si combine avec d’autres aliments. SVP, inclure aussi tous les aliments consommes en dehors de la maison. |  |  |
| Est-ce que (nom) a mange (Nom de l’aliment) hier durant le jour ou la nuit :  |  |  O | N | NSP |
|  [A] Yaourt ? | Yaourt | 1 | 2 | 8 |  |
|  If Oui: Combien de fois est-ce-que (nom) a mange/bu du yaourt ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. *Si NSP, enregistrer ‘8’.* | Nombre de fois a mangé/bu yaourt | \_\_ |  |
|  [B] N’importe quelle ***insérer le nom des marques de nourriture fortifiée pour bébé, comme cerelac***? | Cerelac | 1 | 2 | 8 |  |
|  [C] Du pain, riz, pâtes, porridge, ou autres aliments a base de grains ? | Aliments faits à base de grains ? | 1 | 2 | 8 |  |
|  [D] Courge, carotte, citrouille, patate douce qui sont jaune ou orange a l’intérieur ?  | Courge, carottes, citrouille, etc. | 1 | 2 | 8 |  |
|  [E] Des pommes de terres, des ignames, du manioc ou tout autre aliment fait avec des tubercules ? | P. de terres, ignames, manioc etc. | 1 | 2 | 8 |  |
|  [F] N’importe quels légumes a feuilles vert fonce ? | Légumes à feuilles vert foncé | 1 | 2 | 8 |  |
|  [G] des mangues/papayes mures ou ***insérer les fruits locaux riches en vitamine A*** ? | Mangues mures | 1 | 2 | 8 |  |
|  [H] N’importe quels autres fruits ou légumes ? | Autres fruits et légumes | 1 | 2 | 8 |  |
|  [I] du foie, des rognons, du cœur ou tout autre abat ? | Foie, rognons, cœur ou autres abats | 1 | 2 | 8 |  |
|  [J] de la viande de bœuf. porc, agneau, chèvre, poulet ou canard ? | Viande de bœuf, porc, agneau, chèvre, etc. | 1 | 2 | 8 |  |
|  [K] des œufs ? | Œufs | 1 | 2 | 8 |  |
|  [L] du poisson frais ou séché ou des fruits de mer ? | Poisson frais ou séché  | 1 | 2 | 8 |  |
|  [M] n’importe quels aliments à base de haricots, pois, lentilles ou noix ? | Aliments à base de haricots, pois, etc. | 1 | 2 | 8 |  |
|  [N] Du fromage ou tout autre produit laitier ? | Fromage ou autres produits laitiers | 1 | 2 | 8 |  |
|  [O] N’importe quels autres aliments solides, semi-solides, ou mous que je n’ai pas mentionné ? *Préciser \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | Autres aliments solides, semi-solides, ou mous | 1 | 2 | 8 |  |
| **BD9.** Vérifier BD8 (Catégories “A” jusqu’à “O”) **🞎** Au moins un “Oui” ou toutes ”NSP” ⇨ Aller à BD11 **🞎**  Sinon ⇨ Continuer avec BD10 |
| **BD10**. *Insister pour déterminer si l’enfant*  *a mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier, pendant le jour ou la*  *nuit ?*  **🞎** L’enfant n’a rien mangé ou la répondante ne sait pas ⇨ Aller au module suivant  **🞎** L’enfant a mangé au moins un aliment solide, semi-solide ou mou mentionné par la répondante ⇨  Retourner à BD8 pour enregistrer l’aliment mangé hier [A à O]. Quand c’est fait, continuer avec BD11  |
| **BD11**. Combien de fois (nom) a-t-il mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier, pendant le jour ou la nuit ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. | Nombre de fois \_\_NSP 8 |  |
| Vaccinations IM |
| Si un carnet/carte de vaccination est disponible, recopier les dates à IM3 pour chaque vaccination et Vitamine A enregistrées sur le carnet/carte. Les questions IM6-IM17 ne seront posées que si un carnet/carte n’est pas disponible |
| **IM1**. Avez-vous un carnet/carte où les vaccinations de (nom) sont enregistrees? (*Si* Oui) Puis-je le voir, s’il vous plait ? | Oui, vu 1Oui, non vu 2Pas de carnet 3 | 1⇨IM32⇨IM6 |
| **IM2**. Avez-vous déjà eu un carnet/carte de vaccination pour (nom) ? | Oui 1Non 2 | 1⇨IM62⇨IM6 |
| **IM3**.1. Copier les dates de chaque vaccin de la carte.
2. Ecrire ‘44’ dans la colonne “jour” si la carte montre qu’un vaccin a été fait mais la date n’est pas donnée.
 | Date de la vaccination |  |
| jour | Mois | Année |
| **BCG** | **BCG** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Polio a la naissance** | **OPV0** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Polio 1** | **OPV1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Polio 2** | **OPV2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Polio 3** | **OPV3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DTCoq 1** | **DTC1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DTCoq 2** | **DTC2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DTCoq 3** | **DTC3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **HepB a la naissance** | **HEP0** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **HepB 1**  | **HEP1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **HepB 2** | **HEP2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **HepB 3** | **HEP3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hib 1**  | **HIB1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hib 2** | **HIB2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hib 3** | **HIB3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Rougeole (ROR)** | **Roug.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fievre jaune** | **FJ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Vitamine A (premiere dose)**  | **VitA1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Vitamine A (deuxieme dose)**  | **VitA2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IM4**. *Vérifier IM3. Est-ce que tous les vaccins (de* ***BCG à fièvre jaune****) sont enregistrés ?* **🞎** Oui⇨ Aller à IM19 **🞎** Non⇨ Continuer avec IM5 |
| **IM5**. En plus de ce qui est enregistré sur ce carnet, est-ce que (nom) a reçu d’autres vaccins – y compris des vaccins au cours de campagnes ou de journées de vaccinations ?  **🞎** Oui ⇨ retourner à IM3, insister sur ces vaccinations et écrire ‘66’ dans la colonne jour correspondante  de chaque vaccin mentionné. Quand complété, passer à IM19 **🞎** Non/NSP ⇨ Aller à IM19 |
| **IM6**. Est-ce que (nom) a déjà reçu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes ou des journées de vaccinations ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨IM198⇨IM19 |
| **IM7**. Est-ce que (nom) a déjà reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose – c’ést-à-dire une injection faite dans le bras ou l’épaule et qui laisse habituellement une cicatrice ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
|  **IM8**. Est-ce que (nom) a déjà reçu un « vaccin sous forme de gouttes dans la bouche » pour le/la protéger contre la polio ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨IM118⇨IM11 |
| **IM9**. est-ce que la premiere dose contre la polio a été donnee dans les deux semaines qui ont suivi la naissance ? | Oui 1Non 2 |  |
| **IM10**. Combien de fois le vaccin contre la polio a-t-il été donne ? | Nombre de fois \_\_ |  |
| **IM11**. Est-ce que (nom) a déjà reçu « un vaccin DTCoq » – c’ést-à-dire une injection à la cuisse ou a la fesse – pour lui éviter de contracter le tétanos, la coqueluche et la diphtérie ?  Insister en précisant que le vaccin du DTCoq est parfois donné en même temps que la polio. | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨IM138⇨IM13 |
| **IM12**. Combien de fois le vaccin contre le DTCoq a-t-il été donne ? | Nombre de fois \_\_ |  |
| **IM13**. 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 ?Insister en précisant que le vaccin contre l’hépatite B est parfois donné en même temps que les vaccins de la polio et du DTC | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨IM15A8⇨IM15A |
| **IM14**. est-ce que la premiere dose d’hepatite b a été donnée dans les 24h après la naissance ?  | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| **IM15**. Combien de fois le vaccin contre l’hepatite b a-t-il été donne ? | Nombre de fois \_\_ |  |
| **IM15A**. Est-ce que (nom) a déjà reçu une injection de HIB dans la cuisse pour lui eviter d’áttraper haemophilus influenza de type B ?  Insister en indiquant que le vaccin Hib est parfois donné en même temps que ceux contre la Polio et le DTCoq | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨IM168⇨IM16 |
| **IM15B.** Combien de fois le vaccin Hib a-t-il été donne ? | Nombre de fois \_\_ |  |
| **IM16**. Est-ce que (nom) a déjà reçu une injection contre la rougeole (ou ROR) c'est-à-dire une injection faite àu bras à l’âge de 9 mois ou plus - pour lui éviter de contracter la rougeole ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| **IM17**. Est-ce que (nom) a déjà reçu une injection contre la fièvre jaune - c'est-à-dire une injection faite àu bras à l’âge de 9moisou plus - pour lui éviter de contracter la fièvre jaune ?  Insister en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole. | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| **IM19**. Dites-moi, s’il vous plaît, si (nom) a participé à l’une des campagnes ou journées nationales de vaccination suivantes et/ou à l’une des journées de Vitamine A suivantes ou à l’une des journées de la santé de l’enfant suivantes:[A]Date/type de campagne A, antigènes[B]Date/type de campagne B, antigènes[C]Date/type de campagne C, antigènes | O N NSP*Campagne A* 1 2 8*Campagne B* 1 2 8*Campagne C* 1 2 8 |  |
| **IM20**. Est-ce que la carte de vaccination de l’enfant est conservée au centre de santé ?**🞎**  *Oui* ⇨ Préparer un “Questionnaire carte de vaccinations au centre de sante” pour cet enfant. Compléter le panneau d’information de ce questionnaire et continuer avec le Module suivant. **🞎**  *Non ⇨ Continuer avec le Module suivant* |

|  |
| --- |
| TRAITEMENT DES MALADIES  |
| **CA1**. Est-ce que (nom) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨CA6A8⇨CA6A |
| **CA2**. Je voudrais savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (nom) durant sa diarrhée (y compris le lait maternel).Pendant que (nom) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à 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 a boire que d’habitude, ou un peu moins a boire que d’habitude ? | Beaucoup moins 1Un peu moins 2Environ la même quantité 3Plus 4Rien à boire 5NSP 8 |  |
| **CA3**. 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 n’a-t-il/elle rien mangé ?*Si moins, insister* : est-ce qu’il/elle a reçu beaucoup moins a manger que d’habitude, ou un peu moins a manger que d’habitude ? | Beaucoup moins 1Un peu moins 2Environ la même quantité 3Plus 4A stoppé nourriture 5N’a jamais donné à manger 6NSP 8 |  |
| **CA3A**. Avez-vous recherche des conseils ou un traitement contre la diarrhée ?  | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨CA48⇨CA4 |
| **CA3B**. Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?*Insister :*  Nulle part ailleurs ?Encercler tous les endroits mentionnés,Mais ne PAS suggérer de réponse.Insister pour identifier chaque type d’endroit.Si ce n’est pas possible de déterminer si l’endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l’endroit. (Nom de l’endroit) | Secteur public Hôpital du gouvernement A Centre de santé du gouvernement B Poste de santé du gouvernement C Agent de santé communautaire D Clinique mobile/communautaire E Autre médical publique (préciser) HSecteur médical privé Hôpital/clinique privé I Médecin privé J Pharmacie privée K Clinique mobile L Autre médical prive (préciser) OAutre source Parent (e)/ Ami (e) P Boutique Q Praticien traditionnel RAutre (préciser) X |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CA4**. Au cours de sa diarrhée, est-ce qu’on a donné à boire a (nom) l’un des produits suivants:[A] Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé **(*nom local du sachet de solution SRO*) ?**[B] Un liquide SRO pré-conditionné pour la diarrhée **(*nom local du liquide SRO pré-conditionné)*** ? | O N NSPLiquide sachet SRO 1 2 8Liquide SRO pré conditionné 1 2 8 |  |
|

|  |
| --- |
| **CA4A**. Vérifier CA4 : SRO **🞎** SRO a été donné à l’enfant (‘oui’ encerclé à A ou B dans CA4)⇨ Continuer avec CA4B **🞎** SRO n’a pas été donné à l’enfant ⇨ Aller à CA4C  |

 |
| **CA4B.** Ou avez-vous eu le SRO ?Insister pour identifier le type d’endroit.Si ce n’est pas possible de déterminer si l’endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l’endroit. *(Nom de l’endroit)* | Secteur public Hôpital du gouvernement 11 Centre de santé du gouvernement 12 Poste de santé du gouvernement 13 Agent de santé communautaire 14 Clinique mobile/communautaire 15 Autre médical publique (préciser) 16Secteur médical privé Hôpital/clinique privé 21 Médecin privé 22 Pharmacie privée 23 Clinique mobile 24 Autre médical privé (préciser) 26Autre source Parent (e)/ Ami (e) 31 Boutique 32 Praticien traditionnel 33En avait déjà à la maison 40Autre (préciser) 96 |  |
| **CA4C.** Durant le temps ou (nom) a eu la diarrhee, lui a-t-on donne :  [ A] Des comprimés de zinc ? [B] du sirop de zinc ? | O N NSPComprimés de Zinc 1 2 8Sirop de Zinc 1 2 8 |  |
| **CA4D**. Vérifier CA4C : A eu du zinc? **🞎**  L’enfant a eu du zinc (‘Oui’ encerclé à ‘A’ ou ‘B’ dans CA4C) ⇨ Continuer avec CA4E**🞎** *L’enfant n’a pas eu de zinc* ⇨ *Aller à CA4F* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CA4E.** Ou avez-vous eu le Zinc ?Insister pour identifier le type d’endroit.Si ce n’est pas possible de déterminer si l’endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l’endroit. (Nom de l’endroit) | Secteur public Hôpital du gouvernement 11 Centre de santé du gouvernement 12 Poste de santé du gouvernement 13 Agent de santé communautaire 14 Clinique mobile/communautaire 15 Autre médical publique (préciser) 16Secteur médical privé Hôpital/clinique privé 21 Médecin privé 22 Pharmacie privée 23 Clinique mobile 24 Autre médical privé (préciser) 26Autre source Parent (e)/ Ami (e) 31 Boutique 32 Praticien traditionnel 33 En avait déjà à la maison 40Autre (préciser) 96 |  |
| **CA4F**. Au cours de sa diarrhée, est-ce qu’on a donné à boire a (nom) l’un des produits suivants :Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.[A] ***Fluide X maison recommandé par le gouvernement*** [B] ***Fluide Y maison recommandé par le gouvernement*** [C] ***Fluide Z maison recommandé par le gouvernement***  | O N NSP*Fluide X maison recommandé par le gouvernement* 1 2 8*Fluide X maison recommandé par le gouvernement* 1 2 8*Fluide X maison recommandé par le gouvernement* 1 2 8 |  |
| **CA5**. Est-ce que quelque chose (d’autre) a été donné pour traiter la diarrhée ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨CA6A8⇨CA6A |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CA6**. Qu’a-t-on donné (d’autre) pour traiter la diarrhée? *Insister :*  Rien d’autre ?*Enregistrer tous les traitements donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.* (Nom des médicaments)  | Comprimé ou Sirop Antibiotique A Antimotilité B Autre (pas antibiotique, antimotilité ou zinc) G Comprimé ou sirop inconnu HInjection Antibiotique L Non-antibiotique M Injection inconnue NIntraveineuse ORemède maison/ herbes médicinales QAutre (préciser) X |  |
| **CA6A**. Est-ce qu’au cours des deux dernières semaines, (nom) a eu de la fièvre a n’importe quel moment ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨CA78⇨CA7 |
| **CA6B**. 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 |  |
| **CA7**. Est-ce qu’au cours des deux dernières semaines, (nom) a été malade avec de la toux ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨CA9A8⇨CA9A |
| **CA8**. Quand (nom) était malade avec de la toux, est-ce qu’il/elle respirait plus vite que d’habitude avec un souffle court et rapide ou est-ce qu’il/elle avait des difficultés pour respirer ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨CA108⇨CA10 |
| **CA9**. La respiration rapides ou les difficultés respiratoires étaient-elles dues à un problème de bronches, ou a un nez bouché ou qui coulait ? | Problème de bronches seulement 1Nez bouché ou qui coulait seulement 2Les deux 3Autre (préciser) 6NSP 8 | 1⇨CA102⇨CA103⇨CA106⇨CA108⇨CA10 |
| **CA9A**. Vérifier CA6A : A eu de la fièvre **🞎** L’enfant a eu de la fièvre⇨ Continuer avec CA10**🞎** *L’enfant n’a pas eu de fièvre ⇨ Aller à CA14* |
| **CA10**. Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie quelque part ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨CA128⇨CA12 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CA11**. Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?*Insister :*  Nulle part ailleurs ?Encercler tous les endroits mentionnés,Mais ne pas suggérer de réponse.Insister pour identifier chaque type d’endroit.Si ce n’est pas possible de déterminer si l’endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l’endroit. (Nom de l’endroit) | Secteur public Hôpital du gouvernement A Centre de santé du gouvernement B Poste de santé du gouvernement C Agent de santé communautaire D Clinique mobile/communautaire E Autre public (préciser) HSecteur médical privé Hôpital/clinique privé I Médecin privé J Pharmacie privée K Clinique mobile L Autre médical privé (préciser) OAutre source Parent (e)/ Ami (e P Boutique Q Praticien traditionnel RAutre (préciser) X |  |
| **CA12**. A n’importe quel moment durant la maladie, est-ce qu’on a donné à (nom) un médicament pour traiter cette maladie ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨CA148⇨CA14 |
| **CA13**. Quel(s) médicament(s) a-t-on donné à (nom) ? *Insister :*  Aucun autre médicament ?Encercler tous les médicaments donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés. (Nom des médicaments) | Anti-paludéens : SP / Fansidar A Chloroquine B Amodiaquine C Quinine D Combinaison avec Artémisinine E Autre anti-paludéen  (*préciser*) HAntibiotiques: Comprimés / Sirop I Injection JAutres médicaments : Paracetamol/ Panadol /Acetaminophen P Aspirine Q Ibuprofen RAutre (préciser) XNSP Z |  |
| **CA13A**. Vérifier CA13 : Antibiotique mentionné (code I ou J) ? 🞎 Oui. ⇨ Continuer avec CA13B  🞎 Non. ⇨ Aller à CA13C |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CA13B**. Où avez-vous eu le (nom du médicament de CA13)?Insister pour identifier le type d’endroit.Si ce n’est pas possible de déterminer si l’endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l’endroit. (Nom de l’endroit) | Secteur public Hôpital du gouvernement 11 Centre de santé du gouvernement 12 Poste de santé du gouvernement 13 Agent de santé communautaire 14 Clinique mobile/communautaire 15 Autre médical publique (préciser) 16Secteur médical privé Hôpital/clinique privé 21 Médecin privé 22 Pharmacie privée 23 Clinique mobile 24 Autre médical privé (préciser) 26Autre source Parent (e)/ Ami (e) 31 Boutique 32 Praticien traditionnel 33En avait déjà à la maison 40 Autre (préciser) 96 |  |
| **CA13C**. Vérifier CA13 : Antipaludéens mentionnés (codes A à H) ? 🞎 Oui. ⇨ Continuer avec CA13D  🞎 Non. ⇨ Aller à CA14 |
| **CA13D**. Où avez-vous eu le (nom du médicament de CA13)?Insister pour identifier le type d’endroit.Si ce n’est pas possible de déterminer si l’endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l’endroit. (Nom de l’endroit) | Secteur public Hôpital du gouvernement 11 Centre de santé du gouvernement 12 Poste de santé du gouvernement 13 Agent de santé communautaire 14 Clinique mobile/communautaire 15 Autre médical publique (préciser) 16Secteur médical privé Hôpital/clinique privé 21 Médecin privé 22 Pharmacie privée 23 Clinique mobile 24 Autre médical privé (préciser) 26Autre source Parent (e)/ Ami (e) 31 Boutique 32 Praticien traditionnel 33En avait déjà à la maison 40 Autre (préciser) 96 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CA13E**. Combien de temps après que la fièvre a commencé, (nom) a-t-il pris pour la première fois (nom de l’antipaludéen déclaré à CA13) ? Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à CA13, donner le nom de tous les antipaludéens mentionnés. | Même jour 0Jour suivant 12 jours après début de la fièvre 23 jours après début de la fièvre 34 jours ou plus après début de la fièvre 4NSP 8 |  |
| **CA14**. Vérifier AG2 : Age de l’enfant  🞎 Enfant âgé de 0, 1ou 2 ans ⇨ Continuer avec CA15  🞎 Enfant âgé de 3 ou 4 ans ⇨ Aller à UF13 |
| **CA15**. La dernière fois que *(*nom*)* est allé déféquer, qu’avez-vous fait pour vous débarrasser des excréments? | Enfant a utilisé toilettes / latrines 01Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines 02Jeté / Rincé dans égout ou rigole 03Jeté aux ordures (déchets solides) 04Enterré 05Laissé à l’air libre 06Autre (préciser) 96NSP 98 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UF13**. *Enregistrer l’heure.* | Heure et minutes \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ |  |

|  |
| --- |
| **UF14**. Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et H15Est-ce que l’enquêté(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d’un autre enfant âgé de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?  **🞎** Oui. ⇨ Indiquer à l’enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l’enfant plus tard. Aller au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la/au  même répondant (e) **🞎** Non. ⇨ Terminer l’entretien avec l’enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et lui dire que vous  allez avoir à mesurer la taille et le poids de l’enfant avant de quitter le ménageVérifier s’il y a une autre femme, homme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui il faut administrer un questionnaire dans ce ménage. |

|  |
| --- |
| anthropomÉtrIE AN |
| Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant. Enregistrer ci-dessous le poids et la taille/grandeur, en prenant soin d’enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l’enfant dans la liste des membres du ménage avant d’inscrire les mesures anthropométriques. |
| **AN1**.*Nom et code du technicien* : | Nom \_\_\_ \_\_\_ |  |
| **AN2**. *Résultat des mesures de la taille en position debout/allongé et du poids* | Une ou les deux mesures 1Enfant non présent 2Enfant ou gardienne a refusé 3Autre (préciser) 6 | 2⇨AN63⇨AN66⇨AN6 |
| **AN3**. *Poids de l’enfant* | Kilogrammes (kg) \_\_ \_\_ . \_\_Poids non mesuré 99,9 |  |
| **AN3A**. *Est-ce que l’enfant a été déshabillé jusqu’au minimum ?*  **🞎** Oui**🞎** Non, l’enfant n’a pas pu être déshabillé jusqu’au minimum . |
| **AN3B**. *Vérifier l’âge de l’enfant à AG2:* **🞎** L’enfant a moins de 2 ans ⇨ Mesurer la grandeur (l’enfant doit être couché).**🞎** L’enfant a 2 ans ou plus ⇨ Mesurer la taille (l’enfant doit être debout). |
| **AN4**.*Grandeur ou taille de l’enfant* | Grandeur/Taille (cm) \_\_ \_\_ \_\_ . \_\_Grandeur/Taille pas mesurée 999,9 | ⇨ AN6 |
| **AN4A**. *Est-ce que l’enfant a été mesuré couché ou debout ?* | Couché 1 Debout 2  |  |
|  |
| **AN6**. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?**🞎** Oui. ⇨ Enregistrer les mesures pour l’enfant suivant.**🞎** Non. ⇨ Vérifier s’il y a d’autres questionnaires individuels à faire dans ce ménage. |
| **Observations de l’enquêteur/enquêtrice** |
|  |

|  |
| --- |
| **Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain** |
|  |

|  |
| --- |
| **Observations du chef d’équipe** |
|  |

|  |
| --- |
| **Observations du Mesureur**  |
|  |