|  |
| --- |
| MICS logo ALLquestionnaire ENFANTS DE MOINS DE 5ANS[*nom du pays*] |
|  |
| Panneau d’information sur les enfants de moins de cinq ans uf |
| Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir colonne HL9 de la Feuille d’Enregistrement du Ménage) qui prennent soin d’enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir colonne HL6 de la Feuille d’Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible. |
| UF1. Numéro de grappe : | UF2. Numéro de ménage : |
| \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  | \_\_\_ \_\_\_  |
| UF3. Nom de l’enfant : | 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 \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Si vous ne l’avez pas déjà fait, présentez-vous 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 vos réponses ne seront jamais divulguées à personne en dehors de l’équipe du projet. | *Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà était faite à la personne qui répond, lisez 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 vos réponses ne seront jamais divulguées à personne en dehors de l’équipe du projet. |
| Puis-je commencer maintenant ? * Oui, permission accordée ⇨ *Allez à UF12 pour enregistrer l’heure et commencez l’*interview.
* Non, permission non accordée ⇨ Complétez UF9. Discutez ce résultat avec votre chef d’équipe.
 |
| UF9. Résultat de l’interview pour les enfants de moins de 5 ans :  Les codes font référence à la mère/gardienne. | Rempli 01Pas à la maison 02Refusé 03Partiellement rempli 04Incapacité 05Autre (*préciser*) 96 |

|  |  |
| --- | --- |
| UF10. Contrôlé sur le terrain par (Nom et code) :Nom \_\_\_ \_\_\_ | UF11. Agent de saisie (Nom et code) :Nom \_\_\_ \_\_\_ |
| UF12. *Enregistrez l’heure.* | Heure et minutes \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ |  |

|  |
| --- |
| age AG |
| AG1. Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de (*nom*). En quel mois et quelle année (*nom*) est-il/elle né/e ?Insistez: Quelle est sa date de naissance ?Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrivez également le jour ; autrement, encercler 98 pour jourLe mois et l’année doivent être enregistrés. | Date de naissance : Jour \_\_ \_\_ NSP Jour 98 Mois \_\_ \_\_ Année \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |
| AG2. Quel âge a (nom) ?Insistez : Quel âge avait (nom) à son dernier anniversaire ?Enregistrez l’âge en années révolues.Si moins de 1 an, enregistrez ‘0’.Comparez et corrigez 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, demandez*  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 à l’état civil ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 1⇨ Module Suivant  |
| BR3. Savez-vous comment faire enregistrer la naissance de votre enfant ?  | 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, insistez 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, ’inscrivez ’0’. Si ‘Ne sait pas’, inscrivez ‘8’ | Nombre de jours laissé seul pendant plus d’une heure \_\_Nombre de jours laissé avec unenfant pendant plus d’une heure \_\_ |  |
| EC4. Vérifiez AG2: Age de l’enfant 🞎 Enfant de 3 ou 4 ans ⇨ Continuez avec EC5 🞎 Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇨ Allez au Module suivant  |
| 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 | 2⇨EC78⇨EC7 |
| EC6. Au cours des sept derniers jours, environ combien d’heures (nom) a-t-il fréquenté cet endroit ? | Nombre d’heures \_\_ \_\_ |  |
| EC7. Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du menage de plus de 15 ans, participé avec (nom) à l’une des activités suivantes : Si oui, demandez:Qui a participé à cette activité avec (nom) ?  Encerclez tout ce qui est mentionné. |  |  |
|  | Mère | Père | Autre | Pers-son-ne |  |
|  [A] Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (nom) ? | Lire des livres | A | B | X | Y |  |
|  [B] Raconter des histoires à (nom) ? | Raconter des histoires | A | B | X | Y |  |
|  [C] Chanter des chansons à (nom) ou avec (nom), y compris des berceuses ? | Chanter des chansons | A | B | X | Y |  |
|  [D] Emmener (nom) en promenade en dehors de la maison, de la résidence, de la cour ou de l’enceinte ? | Promener | A | B | X | Y |  |
|  [E] Jouer avec (nom) ? | Jouer | A | B | X | Y |  |
|  [F]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 qu’il arrive parfois que (nom) soit trop malade pour jouer ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| EC13. Est-ce que (nom) est capable de suivre de simples instructions pour 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 BF |
| BF1. est-ce que (nom) a été allaite ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨BF38⇨BF3 |
| BF2. est-ce que (nom) est encore allaite ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| BF3. Je voudrais maintenant vous demander quels liquides (nom) a recu hier pendant le jour ou la nuit. Je cherche à savoir si (nom) a reçu ce liquide même s’il était mélangé avec d’autres aliments.   Inclure également tout liquide consomme hier en dehors de la maison.  Est-ce que (nom) a bu de l’eau hier, pendant le jour ou la nuit ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| BF4. Est-ce que (nom) a bu une préparation pour bébé vendue en commerce hier, pendant le jour ou la nuit ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨BF68⇨BF6 |
| BF5. Combien de fois (nom) a t-il bu une préparation pour bébé vendue en commerce ? | Nombre de fois \_\_ \_\_ |  |
| BF6. Est-ce que (nom) a bu du lait tel que du lait en boite, en poudre ou du lait frais d’animal, hier pendant le jour ou la nuit ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨BF88⇨BF8 |
| BF7. Combien de fois (nom) a t-il bu du lait en boite, en poudre ou du lait frais d’animal ? | Nombre de fois \_\_ \_\_ |  |
| BF8. Est-ce que (nom) a bu des jus de fruits ou des boissons à base de jus de fruits, hier pendant le jour ou la nuit ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| BF9. Est-ce que (nom) a bu (***nom local pour bouillon***) hier pendant le jour ou la nuit ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| BF10. Est-ce que (nom) a bu des suppléments vitaminiques ou minéraux ou des médicaments, hier pendant le jour ou la nuit ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| BF11. Est-ce que (nom) a bu une SRO (Solution de Réhydratation orale) hier pendant le jour ou la nuit ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| BF12. Est-ce que (nom) a bu n’ importe quels autres liquides, hier pendant le jour ou la nuit ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| BF13. Est-ce que (nom) a bu ou mangé des yaourts hier, pendant le jour ou la nuit ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨BF158⇨BF15 |
| BF14. Combien de fois (nom) a t-il bu ou mangé des yaourts hier, pendant le jour ou la nuit ? | Nombre de fois \_\_ \_\_ |  |
| BF15. Est-ce que (nom) a mangé de la bouillie légère hier, pendant le jour ou la nuit ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |
| BF16. Est-ce que (nom) a mangé des aliments solides ou semi solides (en bouillie, purée) hier, pendant le jour ou la nuit ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨BF188⇨BF18 |
| BF17. Combien de fois (nom) a t-il mangé des aliments solides ou semi solides (en bouillie, purée) hier, pendant le jour ou la nuit ? | Nombre de fois \_\_ \_\_ |  |
| BF18. Est-ce que (nom) a bu quelque chose au biberon hier, pendant le jour ou la nuit ? | Oui 1Non 2NSP 8 |  |

|  |
| --- |
| SOINS DES ENFANTS MALADES CA |
| CA1. Est-ce que (nom) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨CA78⇨CA7 |
| CA2. Je voudrais savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (nom) durant sa diarrhée (y compris le lait maternel).Pendant que (nom) avait la diarrhée, a t-il/elle recu à boire moins que d’habitude, environ la même quantité ou plus que d’habitude ?*Si moins, insistez*: est-ce qu’il/elle a recu beaucoup moins a boire que d’habitude, ou un peu moins a boire que d’habitude ? | Beaucoup moins 1Un peu moins 2Environ la même quantité 3Plus 4Rien à boire 5NSP 8 |  |
| CA3. Pendant que (nom) avait la diarrhée, a-t-il/elle recu à manger moins que d’habitude, environ la même quantité, plus que d’habitude ou n’a-t-il/elle rien mangé ?*Si moins, insistez*: est-ce qu’il/elle a recu beaucoup moins a manger que d’habitude, ou un peu moins a manger que d’habitude ? | Beaucoup moins 1Un peu moins 2Environ la même quantité 3Plus 4A stoppé nourriture 5N’a jamais donné à manger 6NSP 8 |  |
| CA4. Au cours de sa diarrhée, est-ce qu’on a donné à boire a (nom) l’un des produits suivants:Lisez à haute voix le nom de chaque produit et enregistrez la réponse avant de passer au produit suivant.[A] Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé **(*nom local du sachet de solution SRO*) ?**[B] Un liquide SRO préconditionné pour la diarrhée ?***[C] Un liquide maison X (recommandé par le gouvernement) ?******[D] Un liquide maison Y (recommandé par le gouvernement) ?******[E] Un liquide maison Z (recommandé par le gouvernement) ?*** | O N NSPLiquide sachet SRO 1 2 8Liquide SRO pré conditionné 1 2 8***Liquide maison X recommandé*** *1 2 8****Liquide maison Y recommandé*** *1 2 8****Liquide maison Z recommandé*** *1 2 8* |  |
| CA5. Est-ce que quelque chose (d’autre) a été donné pour traiter la diarrhée ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨CA78⇨CA7 |
| CA6. Qu’a-t-on donné (d’autre) pour traiter la diarrhée? *Insistez :*  Rien d’autre ?*Enregistrez tous les traitements donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.* (Nom des médicaments)  | Comprimé ou Sirop Antibiotique A Antimotilité B Zinc C Autre (pas antibiotique, antimotilité ou zinc) G Comprimé ou sirop inconnu HInjection Antibiotique L Non-antibiotique M Injection inconnue NIntraveineuse ORemède maison/ herbes médicinales QAutre (*précisez*) X |  |
| CA7. Est-ce qu’au cours des deux dernières semaines, (nom) a été malade avec de la toux ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨CA148⇨CA14 |
| CA8. Quand (nom) était malade avec de la toux, est-ce qu’il/elle respirait plus vite que d’habitude avec un souffle court et rapide ou est-ce qu’il/elle avait des difficultés pour respirer ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨CA148⇨CA14 |
| CA9. les difficultes respiratoires etaient-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 (précisez) 6NSP 8 | 2⇨CA146⇨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 ?*Insistez :*  Nulle part ailleurs ?Encerclez tous les endroits mentionnés,Mais ne suggérez PAS de réponse.Insistez pour identifiez chaque type d’endroit.Si vous ne pouvez déterminer si l’endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez 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 villageois D Clinique mobile/communautaire E Autre public (précisez) HSecteur médical privé Hôpital/clinique privé I Médecin privé J Pharmacie privée K Clinique mobile L Autre médical privé (précisez) OAutre source Parent (e)/ Ami (e P Boutique Q Praticien traditionnel RAutre (précisez) X |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CA12. Est-ce qu’on a donné à (nom) un médicament pour traiter cette maladie ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨CA148⇨CA14 |
| CA13. Quel médicament a-t-on donné à (nom) ? *Insistez :*  Aucun autre médicament ?Encerclez tous les médicaments donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés. (Nom des médicaments) | Antibiotique Comprimé / Sirop A Injection BAntipaludéens MParacétamol/Panadol/Acétaminophène PAspirine QIbuprofen RAutre (précisez) XNSP Z |  |
| CA14. Vérifiez AG2 : enfant de moins de 3 ans ?🞎 Oui. ⇨ Continuez avec CA15 🞎 Non. ⇨ Allez au module suivant |
| CA15. La dernière fois que *(*nom*)* est allé defequer, 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 (précisez) 96NSP 98 |  |

|  |
| --- |
| PALUDISME ML |
| ML1. 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⇨Module suivant8⇨Module Suivant |
| ML2. 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 |  |
| ML3. Avez-vous recherché des conseils ou un traitement quelque part ou auprès de quelqu’un pour la maladie ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨ML88⇨ML8 |
| ML4. Est-ce que (nom) a été emmene dans un établissement de sante durant sa maladie ?  | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨ML88⇨ML8 |
| ML5. Est-ce que l’on a donné à (nom) un médicament pour la fièvre ou le paludisme dans cet établissement de santé ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨ML78⇨ML7 |
| ML6. Quel médicament a-t- on donné à (nom) ? *Insistez :* Aucun autre medicament ?Encerclez tous les médicaments mentionnés. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments. (Nom des médicaments) | Antipaludéens: SP / Fansidar A Chloroquine B Amodiaquine C Quinine D Combinaison avec Artémisinine E Autre antipaludéen  (précisez) HAntibiotiques Comprimés / Sirop I Injection JAutres médicaments: Paracétamol/ Panadol /Acétaminophen P Aspirine Q Ibuprofen RAutre (précisez) XNSP Z |  |
| ML7. Est-ce qu’on a donné à (nom) un médicament pour la fièvre ou le paludisme avant d’etre conduit dans un établissement de santé ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 1⇨ML92⇨ML108⇨ML10 |
| ML8. Est-ce qu’on a donné a (nom) un médicament pour la fièvre ou le paludisme au cours de cette maladie ?  | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨ML108⇨ML10 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ML9. Quel médicament a-t-on donné à (nom) ? *Insistez :* Aucun autre medicament ?Encerclez tous les médicaments mentionnés. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments. (Nom des médicaments). | Antipaludéens: SP / Fansidar A Chloroquine B Amodiaquine C Quinine D Combinaison avec Artémisinine E Autre antipaludéen  (précisez) HAntibiotiques Comprimés / Sirop I Injection JAutres médicaments: Paracétamol/ Panadol/ Acetaminophen P Aspirine Q Ibuprofen RAutre (précisez) XNSP Z |  |
| ML10. Vérifiez ML6 et ML9: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)?🞎 Oui. ⇨ Continuez avec ML11🞎 Non. ⇨Allez au module suivant |
| ML11. Combien de temps après que la fièvre ait commencé, (nom) a-t-il pris pour la première fois (nom de l’antipaludéen déclaré à ML6 ou ML9)? Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à ML6 ou ML9, donnez 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 |  |

|  |
| --- |
| VACCINATIONS IM |
| Si un carnet de vaccination est disponible, recopiez les dates à IM3 pour chaque vaccination enregistrée sur le carnet. Les questions IM6-IM17 servent à enregistrer les vaccinations qui ne sont pas inscrites sur le carnet. Vous ne poserez IM6-IM17 que si un carnet n’est pas disponible |
| IM1. Avez-vous un carnet ou les vaccinations de (nom) sont enregistrees? (Si Oui) Puis-je le voir, s’il vous plait ? | Oui, vu 1Oui, non vu 2Pas de carnet 3 | 1⇨IM32⇨IM6 |
| IM2. Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (nom) ? | Oui 1Non 2 | 1⇨IM62⇨IM6 |
| IM3.1. Recopiez les dates de chaque vaccination à partir du carnet.
2. Inscrivez ‘44’dans la colonne jour si le carnet montre que le vaccin a été donné mais que la date n’a pas été enregistrée.
 | Date des vaccinations |  |
| Jour | Mois | Année |
| BCG | BCG |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Polio à la naissance | VPO0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Polio 1 | VPO 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Polio 2 | VPO 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Polio 3 | VPO 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DTCoq 1 | DTCoq1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DTCoq 2 | DTCoq2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DTCoq 3 | DTCoq 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HepB à la naissance | H0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HepB1  | H1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HepB2 | H2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HepB3 | H3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rougeole (ou ROR) | Roug. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fièvre Jaune | FJ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vitamine A (dose la plus recente)  | VitA |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IM4. *Vérifiez IM3. Est-ce que toutes les vaccinations (du BCG à la Fièvre Jaune) sont enregistrées?*🞎 Oui⇨ Continuez avec IM18🞎 Non ⇨ Continuez avec IM5 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IM5. En plus de ce qui est enregistré sur ce carnet, est-ce que (nom) a reçu d’autres vaccins – y compris des vaccins au cours de campagnes ou de journées de vaccinations ? Enregistrez ‘Oui’ seulement si l’enquêtée mentionne des vaccins qui figurent dans le tableau ci-dessus. | Oui 1(Insistez pour les vaccins et inscrivez ‘66’ à la colonne jour correspondante pour chaque vaccin mentionné. Ensuite, sautez à IM18.)Non 2NSP 8 | 2⇨IM188⇨IM18 |
| IM6. Est-ce que (nom) a déjà reçu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes ou de journées de vaccinations ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨IM188⇨IM18 |
| 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 des maladies - c’ést-à-dire la polio ? | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨IM118⇨IM11 |
|  IM9. est-ce que la premiere dose du vaccin contre la polio a été donnee dans les deux semaines qui ont suivi la naissance ou plus tard ?  | Dans les 2 premières semaines 1Plus tard 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 « le 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 ?  Insistez 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 le vaccin contre l’hépatite B – c’ést-à-dire une injection à la cuisse ou à la fesse – pour lui éviter de contracter l’Hépatite B Insistez en précisant que le vaccin contre l’hépatite B est parfois donné en même temps que les vaccins de la polio et du DTCoq | Oui 1Non 2NSP 8 | 2⇨IM168⇨IM16 |
| IM14. est-ce que la premiere dose d’hepatite b a été donnée dans les 24h après la naissance ou plus tard ?  | Dans les 24 h après naissance 1Plus tard 2 |  |
| IM15. Combien de fois le vaccin contre l’hepatite b a-t-il été donne ? | Nombre de fois \_\_ |  |
| IM16. Est-ce que (nom) a déjà reçu une injection contre la rougeole ou une injection ROR - c'est-à-dire une injection faite 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 **9** moisou plus - pour lui éviter de contracter la fièvre jaune ?  Insistez 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 |  |
| IM18. est-ce que (nom) a recu une dose de Vitamine A dose comme cela dans les 6 derniers mois ?  Montrez les types d’ampoules/ capsule / sirops les plus communs  | 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. Préparer un “Questionnaire de Vaccinations au Centre de Santé ”pour cet enfant. Compléter le panneau d’’Information sur ce questionnaire puis continuer ci-dessous.  |

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

|  |
| --- |
| UF14. Est-ce que l’enquêté(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d’un autre enfant âgé de 0-4 ans vivant dans ce ménage ? **🞎** Oui. ⇨ Indiquez à l’enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l’enfant plus tard. Allez au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la/au même répondant (e)**🞎** Non. ⇨ Terminez l’entretien avec l’enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et dites-lui que vous  allez avoir à mesurer la taille et le poids de l’enfant Vérifiez s’il y a une autre femme, homme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui vous devrez administrer un questionnaire dans ce ménage.Commencez un nouveau questionnaire femme, homme ou enfant de moins de 5 ans ou organisez-vous pour les mesures anthropométriques de tous les enfants éligibles de ce ménage. |

|  |
| --- |
| anthropomÉtrIE AN |
| Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant. Enregistrez ci-dessous le poids et la taille en position allongée ou en position debout, en prenant soin d’enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifiez le nom et le numéro de ligne de l’enfant sur la Feuille d’Enregistrement du Ménage avant d’inscrire les mesures anthropométriques. |
| AN1.*Nom et code du technicien*: | Nom \_\_\_ \_\_\_ |  |
| AN2. *Résultat des mesures de la taille en position debout/allongée et du poids* | Une ou les deux mesures 1Enfant non présent 2Enfant ou gardienne a refusé 3Autre (précisez) 6 | 2⇨AN63⇨AN66⇨AN6 |
| AN3*. Poids de l’enfant* | Kilogrammes (kg) \_\_ \_\_ , \_\_Poids non mesuré 99,9 |  |
| AN4. *Taille de l’enfant en position debout ou allongée* Vérifiez l’âge de l’enfant à AG2 :**🞎** Enfant de moins de 2 ans. ⇨ Mesurez la taille (position allongée).**🞎** Enfant de 2 ans ou plus. ⇨ Mesurez la taille (position debout). | Taille (cm)Position allongée 1 \_\_ \_\_ \_\_ , \_\_Taille (cm)Position debout 2 \_\_ \_\_ \_\_ , \_\_Taille allongée/debout non mesurée 9999.9 |  |
| AN5. *Œdème*Observez et enregistrez | Vérifié : Œdème présent 1 Œdème non présent 2 Pas sûr 3Non vérifié  (précisez la raison) 7 |  |
|  |
| AN6. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?**🞎** Oui. ⇨ Enregistrez 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** |
|  |