|  |
| --- |
| MICS logo ALL[nom du pays]QUESTIONNAIRE handicaps des enfants |
|  |
|  questionnaire handicapS des enfants da |
| DA1. Numéro de la grappe : | DA2. Numéro du ménage : |
| \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  | \_\_\_ \_\_\_  |
| DA3. Nom de l’enfant : | DA4. Numéro de ligne de l’enfant :  |
| Nom  | \_\_\_ \_\_\_  |
| DA5. Nom de la mère/gardien(ne) : | DA6. Numéro de ligne de la mère/ Gardien(ne) : |
| Nom  | \_\_\_ \_\_\_  |
| DA7. Nom et numéro de l’enquêteur : | DA8. Jour / Mois /Année de l’entretien : |
| Nom \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  |

|  |  |
| --- | --- |
| Réitérez vos salutations si vous ne l’avez pas déjà fait pour ce répondant :Nous faisons partie de (agence d’exécution du pays). Nous travaillons sur un projet concernant l’éducation et la santé de la famille. Je voudrais m’entretenir avec vous au sujet de l’état de santé de **(***nom*de l’enfant à DA3**)**. Cela prendra juste quelques minutes. Toutes les informations que vous me donnerez sont strictement confidentielles et vos réponses ne seront pas partagées avec des personnes extérieures à l’équipe.  |  *Si les salutations ont déjà été lues à ce répondant, alors lisez ce qui suit :* Maintenant, je voudrais m’entretenir davantage avec vous au sujet des conditions sanitaires de (***nom***de l’enfant à DA3). Cela prendra juste quelques minutes. Toutes les informations que vous me donnerez sont strictement confidentielles et vos réponses ne seront pas partagées avec des personnes extérieures à l’équipe. |
|  Puis-je commencer maintenant? * Oui, la permission est accordée ⇨ *Allez à DA12 pour débuter l’entretien*.
* Non, la permission n’est pas accordée ⇨ Remplissez DA9. Discutez de ce résultat avec votre chef d’équipe
 |

|  |  |
| --- | --- |
| DA9. Résultat de l'entretien sur les handicaps des enfants  Les codes renvoient à la mère/gardien(ne). | Rempli 01Absent 02Refusé 03Partiellement rempli 04Incapacité 05Autre (*précisez*) 96 |

|  |  |
| --- | --- |
| DA10. Contrôlé sur le terrain par (Nom et numéro) :Nom \_\_\_ \_\_\_ | DA11. Agent de saisie des données (Nom et numéro) :Nom \_\_\_ \_\_\_ |
| handicap des enfants da |
| A administrer aux mères ou gardien(ne)s des enfants âgés de 2 à 9 ans. |
| DA12. *Copiez le nom et l’âge de l’enfant de HL2 et HL6, sur la liste des membres du ménage ménages.* | Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Age \_\_\_ \_\_\_ |  |
| DA13. Compare(e) aux autres enfants, (*nom*) a-t-il/elle ou a-t-il/elle eu un sérieux retard pour s’asseoir, se tenir debout ou marcher? | Oui 1Non 2 |  |
| DA14. Compare(e) aux autres enfants, (*nom*) a- t-il/elle ou a-t-il/elle eu des difficultés pour voir, de jour comme de nuit? | Oui 1Non 2 |  |
| DA15. (*Nom*) semble-t-il/elle avoir des difficultés pour entendre (utilise une prothèse auditive, entend difficilement ou est complètement sourd)? | Oui 1Non 2 |  |
| DA16. Quand vous dites à (nom) de faire quelque chose, donne-t-il/elle l’impression de comprendre ce que vous lui dites? | Oui 1Non 2 |  |
| DA17. (*Nom*) semble-t-il/elle avoir des difficultés à marcher ou bouger ses bras ou affiche-t-il/elle une faiblesse ou une raideur dans les bras ou les jambes? | Oui 1Non 2 |  |
| DA18. (*N*om) a-t-il/elle parfois des crises, devient rigide ou perd connaissance ? | Oui 1Non 2 |  |
| DA19. est-ce que (nom) apprend à faire les choses comme les autres enfants de son âge? | Oui 1Non 2 |  |
| DA20. (Nom) parle-t-il/elle (peut-il/elle se faire comprendre à travers des mots; Peut-il/elle dire des mots reconnaissables)? | Oui 1Non 2 |  |
| DA21. Vérifiez DA12: Age de l’enfant **🞎**  Age de l’enfant 3 à 9 ⇨ Continuez avec DA22**🞎** *Age de l’enfant 2 ⇨ Allez à DA23* |
| DA22. Est-ce que (nom) parle de quelque manière différente de la normale (pas suffisamment clair pour être compris(e)par d’autres personnes que les membres de la famille immédiate)? | Oui 1Non 2 | 1⇨DA242⇨DA24 |
| DA23. (Nom) peut-il/elle nommer au moins un objet (par exemple un animal, un jouet, une tasse, une cuillère)? | Oui 1Non 2 |  |
| DA24. Compare(e) aux autres enfants du même âge, (nom) semble-t-il/elle attarde(e) mental, passif(ve) ou lent(e) ? | Oui 1Non 2 |  |
| DA25. Dans le cadre de cette enquête, d’autres membres de notre équipe pourraient vous rendre encore visite pour recueillir d’autres informations sur les sujets dont on vient de parler concernant (nom). Une telle visite peut avoir lieu au cours des prochains (jours/semaines/mois). Puis-je continuer et noter que vous serez d’accord avec cette visite si jamais elle se fait ? Encore une fois, vous pouvez changer d’avis et refuser de parler à notre équipe si et quand la visite se fait. | Le répondant n'a aucune objection pour une visite supplémentaire 1Le répondant est indécis au sujet d’une visite supplémentaire/Cela dépend 2Refuse une visite supplémentaire 3 |  |