رقم العنقود: \_\_ رقم الأسرة المعيشية: \_\_ رقم سطر القائم على تقديم الرعاية للطفل: \_\_ رقم سطر الطفل:\_\_\_

### استبيان الأطفال دون الخامسة من العمر

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| يُطبق هذا الاستبيان على جميع النساء اللواتي يقمن على رعاية طفل دون الخامسة يعيش معهن (أنظر سؤال 4 من قائمة افراد الأسرة المعيشية). يجب تخصيص استبيان مستقل لكل طفل مؤهل.  يجب توجيه الأسئلة الى الأم أو القائمة على رعاية الطفل المؤهل (أنظر السؤال 7 من قائمة افراد الأسرة المعيشية). سجل/ سجلي رقم سطر كل طفل مؤهل في قائمة الاسرة المعيشية ورقم السطر أم الطفل أو القائمة على رعايته، وأرقام العنقود والأسرة المعيشية في الفراغ المحدد في أعلى كل صفحة. | | |
| تسجيل الولادات ونماذج التعليم المبكر | | |
|  | الإسم : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1. اسم الطفل |
|  | العمر بالسنوات الكاملة --- --- | 2. عمرالطفل (ينقل من س4 من قائمة افراد الأسرة المعيشية) |
|  | تاريخ الولادة:  يوم/شهر/سنة --/--/---- | 3. والآن أود أن اسألك عن صحة كل طفل دون الخامسة من العمر ممن تقومين على رعايتهم وممن يعيشون معك الآن.  أريد أن أسألك الآن عن (الاسم)، أي شهر وأية سنة ولد؟  للتأكد ما هو تاريخ ميلاده /ميلادها؟  إذا كانت الأم تعرف بالضبط تاريخ الولادة، يرجى تسجيل اليوم، وإلا فيمكن إدخال 99 بدلا من اليوم |
| 1 س8 | نعم، شاهدتها .....………….................. 1  نعم ، لم أشاهدها ………...................... 2  لا ..............................…………...... 3  لا أعرف ..........................…………. 9 | 1. هل توجد شهاد ميلاد لـ (الاسم) ؟   هل أستطع أن أراها؟  إذا عُرضت عليك/عليكي شهادة الميلاد، فتأكد/ي من تاريخ الولادة، وإذا لم تُعرض ، فعليك التأكد من التاريخ، باستخدام وثيقة أخرى (بطاقة صحية .. الخ)، صححّ تاريخ الولادة إذا اقتضى الأمر ذلك. |
| 1 س8  9 س7 | نعم .............................…………..... 1  لا ...............................…………… 2  لا أعرف ......................…………... 9 | 5. إذا لم تتطلع على شهادة الميلاد، اسأل ما يلي:  هل تم تسجيل ولادة (الاسم) ؟ |
|  | تكلّف عملية التسجيل كثيراً \*\* ……….... 1  ضرورة السفر لمسافة بعيدة ………....... 2  لم أعرف إنه لا بد من تسجيلها ……....... 3  تأخرت ولا أريد دفع غرامة .......………. 4  لا أعرف أين استطيع تسجيل الولادة …….. 5  اخرى(حدد/ حددي) …….............….... 6  لا أعرف .......................………...... 9 | 6. لماذا لم تسجل حالة ولادة (الاسم) ؟ |
|  | نعم ………………….…………. 1  لا ...............…………................... 2  لا إجابة ..........…………................ 8 | 7. هل تعرفين كيف تسجلي ولادة طفلك؟ |
| 2 النموذج  التالي  9 النموذج  التالي | نعم .........…………......................... 1  لا ............................…………...... 2  لا أعرف ......................…………... 9 | 8. راجعي عمر الطفل. إذا كان عمره ثلاث سنوات أو أكثر، إسألي "هل يتردد (الاسم) على أية برامج منظمة للتعليم أو برامج التعليم المبكرة للاطفال سواء أكانت حكومية أم خاصة، بما في ذلك رياض الأطفال، أو مراكز رعاية الطفولة في المجتمعات المحلية؟ |
|  | عدد الساعات \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 9. خلال الأيام السبعة الاخيرة ، كم عدد الساعات التي تردد/ترددت فيها (الاسم) على المراكز المذكورة؟ |

انتقل الى النموذج التالي :

رقم العنقود: \_\_ رقم الأسرةالمعيشية: \_\_ رقم سطر القائم على تقديم الرعاية:\_\_\_ رقم سطر الطفل:\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نموذج فيتامين " أ " | | |
| ثمة أسئلة اختيارية أخرى في الملحق 2 | | |
| 2 النموذج  التالي  9 النموذج  التالي | نعم .....................…………........... 1  لا .....................…………............ 2  لا أعرف ..........………................. 9 | 1. هل حصل (الاسم) على كبسولات فيتامين أ (الاضافية) كهذه؟ أعرض كبسولة فيتامين أ أو علبه |
|  | عدد شهور .....................…….. \_\_ \_\_  لا أعرف .....................………... 99 | 2. منــذ كــم شهر مضى اخذ/اخذت (الاسم) آخر جرعة من فيتامين أ؟ |
|  | أثناء الزيارة الروتينية للمركز الصحي…. 1  عند مراجعة الطفل للمركز الصحي  بقصد المعالجة ...............………. 2  أثناء حملة التطعيم الوطنية ..……....... 3  أخرى (حدد) ..................………... 4  لا أعرف .......................... 9 | 3. من أين حصل (الاسم) على هذه الجرعة الأخيرة؟ |

انتقل الى النموذج التالي :

رقم العنقود: \_\_ رقم الأسرة المعيشية: \_\_ رقم سطر القائم على تقديم الرعاية: \_\_ رقم سطر الطفل: \_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نموذج الرضاعة ا لطبيعية | | |
| 2 س4  9 س4 | نعم ........…………......................... 1  لا ..........................…………........ 2  لا أعرف .......................……..….. 9 | هل رضع (الاسم) في أي وقت من ثديك؟ |
| 2 س4  9 س4 | نعم ...............………….................. 1  لا ...............................…………... 2  لا أعرف .......................………….. 9 | 1. هل ما زال/مازالت يرضع/ترضع حتى الآن ؟ |
|  | نعم لا لا أعرف  أ. فيتامين 1 2 9  أ. ماء عادي 1 2 9  ج. ماء محلى أو 1 2 9  عصير  د. محاليل الإمهاء 1 2 9  الفموي  هـ حليب 1 2 9  و. سوائل أخرى 1 2 9  (حدد)\_\_\_\_\_\_  ز. أطعمة جامدة أو 1 2 9  شبه جامدة (طرية) | 3. منذ مثل هذا الوقت من يوم أمس، هل أخذ ابنك/انبتك إياً مما يلي:  إقرأ كل بند من هذه البنود بصوت عال ودون الإجابة قبل الإنتقال الى البند التالي:  3.أ فيتامين، معادن اضافية أو دواء  3.ب ماء عادي  3.ج ماء محلى ومضاف اليه نكهة ، عصير فواكة أو شاي أو نقيع  3.د محاليل معالجة الجفاف  3.هـ مسحوق أو محلول الحليب أو بدائل حليب الأم  3.و أية سوائل أخرى  3.ز أطعمة جامدة أو شبه جامدة (طرية) |
|  | نعم .....…………........................... 1  لا .....…………............................ 2  لا أعرف ……….......................... 9 | 4. منذ مثل هذا الوقت من يوم أمس، هل تم إعطاء (الاسم) أي شيء ليشربه من زجاجة إرضاع مزودة بحلمة؟ |

انتقل الى النموذج التالي :

رقم العنقود: \_\_ رقم الأسرةالمعيشية:\_ رقم سطر القائم على تقديم الرعاية:\_\_ رقم سطر الطفل: \_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نموذج رعاية الأطفال المرضى | | |
| 1 س3 | نعم ................…………................ 1  لا ................…………................. 2  لا أعرف .....………..................... 9 | 1. هل أصيب (الاسم) بالإسهال خلال الأسبوعين الماضين (أي منذ يوم ... من الأسبوع قبل الماضي)؟ الإسهال، كما تحدده الأم أو القائمة على رعاية الطفل، هو التبرز ثلاث مرات أو أكثر يومياً بحيث يكون البراز سائلاً أو ممتزجاً بالدم |
| 1 س4  2 س11  9 س11 | نعم .........................……..…......... 1  لا ................................…………. 2  لا أعرف ....................………....... 9 | 1. خلال الأسبوعين الأخيرين هل أصيب   (الاسم) بأي مرض آخر مثل السعال أوالحرارة أو واجه أي مشكلة صحية ؟ |
| 1 س5 | نعم لا لا أعرف  أ. حليب الأم 1 2 9  ب. ثريد 1 2 9  ج. سوائل منزلية 1 2 9  اخرى  د. محاليل الجفاف 1 2 9  هـ حليب اخر 1 2 9  و. ماء مع الطعام 1 2 9  ز. ماء لوحده 1 2 9  ح. سوائل غير 1 2 9  مقبولة  ط. لا شيء 1 2 9 | 3. خلال نوبة الإسهال الأخيرة هل تناول (الاسم) أيا من السوائل التالية:  اقرأ كل بند بصوت عال وسجل الاجابة. قبل الانتقال الى البديل التالي.  3.أ حليب الأم  3.ب ثريد مصنوع من الحبوب أو من الجذور أو شوربة  3.ج أية سوائل منزلية أخرى مقبولة وفقا للاعراف المحلية مثل اللبن (الزبادي)؟  3.د محلول معالجة الجفاف.  3.هـ حليب آخر او مركبات لبنية اخرى للاطفال الرضع.  3.و ماء مع طعام الطفل خلال بعض فترات اليوم  3.ز ماء لوحده  3.ح سوائل غير مقبولة مثل الكولا (استعمل الاسم المحلي لهذه السوائل..) وغيرها  3.ط لا شيء |
|  | أقل كثيرا، أو لا شئ ..............………..... 1  تقريباً نفس الكمية ....... ………........... 2  أكثرمن المعتاد ................………...... 3  لا أعرف ........................…………... 9 | 4. خلال مرض (الاسم) هل شرب/شربت كمية أقل كثيراً أو نفس الكمية من السوائل، أو أكثر من المعتاد؟ |
|  | لا شئ ………………………….... 1  أقل كثيراً .………….......................... 2  أقل قليلاً …………............................ 3  تقريبا نفس الكمية ……….................... 4  أكثر ....…………........................... 5  لا أعرف .......................…………... 9 | 5. خلال مرض (الاسم) هل أكل/اكلت كمية أقل من الطعام أو تقريبا نفس الكمية أو أكثر من المعتاد؟  *إذا تناول/تناولت أقل،تقصى عما اذا كان/كانت تناول/تناولت "أقل قليلاً" أو "أقل بكثير".* |
| 2 س11  9 س11 | نعم ............................…………...... 1  لا ................................………….. 2  لا أعرف .......................………….. 9 | 6. هل أصيب (الاسم) بأي مرض مصحوب بسعال في أي وقت ، خلال الآسبوعين الماضين؟ أي منذ يوم …. في الاسبوع قبل الماضي؟ |
| 2 س11  9 س11 | نعم ........………….......................... 1  لا ...........................…………....... 2  لا أعرف ........................……….… 9 | 7. عندما أصيب (الاسم) بمرض يصحبه السعال، هل كان/كانت يتنفس/تتنفس بسرعة أكثر من المعتاد مع انفاس قصيرة ومتلاحقة أو واجه/واجهت صعوبة في التنفس؟ |
| 1 س11  4 س11 | انسداد الأنف ............………….......... 1  مشكلة في الصدر ....………….........… 2  كلا السببين أعلاه ...............……….... 3  أخرى (حدد/حددي) .....………...... ..... 4  لا أعرف ....................…………... 9 | 8. هل كانت هذه الأعراض ناجمة عن مشكلة في صدر الطفل أم بسبب الزكام (انسداد الأنف)؟ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 س11  9 س11 | نعم ..................…………................ 1  لا ...............................………….... 2  لا أعرف ......................…………... 9 | 9. هل التمست المشورة أو علاج لهذا المرض من خارج البيت ؟ |
|  | مستشفى .....................…………...... 1  مركز صحي ...................………….. 2  مستوصف ....................…………... 3  عامل صحي من المجتمع المحلي …….... 4  عيادة أمومة وطفولة ...........………... 5  عيادة متنقلة ........………….............. 6  طبيب خاص ...........………............ 7  عرّاف (طبيب شعبي) ..………......... 8  صيدلية أو بائع أدوية ..……….......... 9  قريب أو صديق ..........….……...... 10  مصادر أخرى (حدد/حددي) ….......... 11 | 10. من أين التمست الرعاية الصحية/المعالجة؟  من أي مكان آخر ؟  *ضع/ضعي دوائر حول كل الاجابات التي تذكر، ولكن لا تتقدم/تتقدمي بأي مقترحات توحي باجابات* |
|  | الطفل غير قادر على الشرب أو الرضاعة…...1  حالة الطفل الصحية تزداد سوءا ......……....2  الطفل يصاب يحمى (ارتفاع حرارة) ……...3  الطفل يتنفس بسرعة .........……....……..4  الطفل يجد صعوبة في التنفس ….....……...5  الطفل يخرج دماً مع البراز ....…….…......6  الطفل يشرب كمية قليلة من السوائل …..…..7  أعراض أخرى (حددها) ...........……..…8  أعراض أخرى (حددها) ...........……..…9  أعراض أخرى (حددها) ...…....….……10 | إسألي السؤال التال (س. 11) مرة واحدة فقط لكل واحدة من القائمين على رعاية الطفل  11. يصاب الأطفال أحياناً بمرض حاد، مما يسوجب اصطحابهم فورا الى مركز صحي. ما هي الأعراض التي تشعرين عندها أنه يجب عليك أخذ طفلك الى المركز الصحي أو العيادة حالاً؟  أسأل عن المزيد من الأعراض حتى تصل الى مرحلة لا يقدم فيها القائمون رعاية الطفل أية أعراض أخرى. ضع دوائر حول جميع الاعراض التي تذكر، ولكن لا تتقدم/تتقدمي بأية مقترحات. |

انتقلي الى النموذج التالي :

رقم العنقود:\_\_ رقم الأسرة المعيشية: \_\_ رقم سطر القائم على تقديم الرعاية: \_\_\_ رقم سطر الطفل: \_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نموذج الملاريا | | |
| يستخدم هذا النموذج في البلدان أو المناطق شديدة التعرض للملاريا. إرجع الى الدليل للتعرف على هذه البلدان أو المناطق. | | |
| 2 س8  9 س8 | نعم ..........…………....................... 1  لا ............................…………...... 2  لا أعرف .......................………….. 9 | 1. خلال الأسبوعين الاخيرين ، أي منذ (يوم من ايام الاسبوع قبل الماضي)، هل تعرض (الاسم) لمرض مصحوب بحمى؟ |
| 2 س6  9 س6 | نعم ......…………........................... 1  لا ........................………….......... 2  لا أعرف ........................…………. 9 | 2. هل تم فحص(الاسم) في مركز صحي خلال هذا المرض؟ |
| 2 س5  9 س5 | نعم .........…………........................ 1  لا .................…………................. 2  لا أعرف .....………….................... 9 | 3. هل تناول (الاسم) دواء للحمى أو للملاريا، تم وصفه أو الحصول عليه من المركز الصحي؟ |
|  | باراسيتامول ……………………… 1  كلوروكين ......................………….. 2  فانسيدار ......................…………... 3  **اضف فئات جديدة من الادوية المستخدمة محليا ثم اختبرها في الاختبار القبلي**  أخرى (حدد/حدديي)..............……….. 4  لا أعرف ....................…………… 9 | 1. ما اسم الدواء والذي تناوله (الاسم) ، والذي تم وصفه أو توفيره في المركز الصحي ؟  ضع دائرة حول كل الأدوية التي تذكر |
| 1 س7  2 س8  9 س8 | نعم .........................…………......... 1  لا ...............................…………... 2  لا أعرف ................…………......... 9 | 5. هل أعطي (الاسم) دواء للحمى أو الملاريا قبل زيارته للمركز الصحي؟ |
| 2 س8  9 س8 | نعم ....................………….............. 1  لا ......................…………............. 2  لا أعرف ............…………............. 9 | 6. هل أعطي (الاسم) دواءً للحمى أو الملاريا أثناء هذا المرض؟ |
|  | باراسيتامول ……………………… 1  كلوروكين ..............……........…….. 2  فانسيدار .......……..............………. 3  **أضف فئات جديدة من الادوية المستخدمة محليا مع اختبارها في الاختبار القبلي**  أخرى (حدد/حددي).............……….. 4  لا أعرف ...........…….......………. 9 | 1. ما اسم الدواء الذي تناوله (الاسم)؟   *(ضع دائرة حول جميع الأدوية التي تناولها الطفل قبل زيارة المركز الصحي أو إذا لم يقم بزيارة أي وحدة صحية)* |
| 2 النموذج  التالي  9 النموذج  التالي | نعم ...............…………................... 1  لا ..............................…………..... 2  لا أعرف ......................…………... 9 | 8. هل نام (الاسم) تحت الناموسية الليلة الماضية؟ |
| 2 النموذج  التالي  9 النموذج  التالي | نعم .............…………..................... 1  لا ..............................…………..... 2  لا أعرف .......................………….. 9 | 9. هل تم معالجة هذه الناموسية في أي وقت بمبيدات للبعوض ؟ |
|  | عدد الاشهر الماضية --- ---  لا أعرف ..................……………... 99 | 10. متى كانت آخر مرة تم فيها معالجة الناموسية بمبيدات البعوض؟ |

انتقل الى النموذج التالي :

رقم العنقود:\_\_\_\_ رقم الأسرة المعيشية: \_\_ رقم سطر القائم على تقديم الرعاية: \_\_\_ رقم سطر الطفل:\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نموذج التطعيم | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| إذا توفرت بطاقة تطعيم، انقل التواريخ الى الاماكن المخصصة للاجابات على الأسئلة 2 – 5 لكل واحد من التطعيمات/التحصينات المذكورة . الأسئلة 7 – 15 لتسجيل اللقاحات غير المسجلة على البطاقة. أي أن الأسئلة 7 – 15 تسؤل فقط عندما لا تكون هناك بطاقة. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 س7    9 س7 | | | نعم (تمت مشاهدة البطاقة).....………........... 1  نعم (لم يتم مشاهدة البطاقة)........…………. 2  لا أعرف .......................…………... 9 | | | | | | | | | | | | 1. هل يوجد بطاقة تطعيم لـ (الاسم)؟ | | |
|  | | | تاريخ التحصين | | | | | | | | | | | | 1. انقل/انقلي تواريخ التطعيمات/التحصينات من البطاقة 2. سجل/سجلي رقم (44) في عمود اليوم اذا كانت البطاقة توضح استكمال التطعيمات دون تحديد اليوم. | | |
| سنة | | | | | شهر | | | يوم | | | |  | | |
|  | | |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | 2. التدرن الرئوي (السل) | | |
|  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | 3أ. لقاح الشلل الفموي (جرعة صفر) | | |
|  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | 3ب. لقاح الشلل الفموي (جرعة 1) | | |
|  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | 3ج. لقاح الشلل الفموي (جرعة 2) | | |
|  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | 3د. لقاح الشلل الفموي (جرعة 3) | | |
|  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | 4أ. لقاح الثلاثي (جرعة أولى) | | |
|  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | 4ب. لقاح الثلاثي (جرعة ثانية) | | |
|  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | 4أ. لقاح الثلاثي (جرعة ثالثة) | | |
|  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | 5. الحصبة | | |
| 1 س16  2 س16    9 س16 | | | نعم **……………………..…………** 1  *تقص عن التطعيمات وسجلي "66" في عمود اليوم المقابل في الاسئلة رقم 2 – 5*  لا **…………………………………..** 2  لا أعرف **…………………………….**9 | | | | | | | | | | | | 6. علاوة على الجرعات الواردة في البطاقة، هل تلقى (الاسم) اية لقاحات أخرى، بما في ذلك أية لقاحات تناولها أثناء أيام التحصين الوطنية؟  سجلي "نعم" فقط اذا ذكرت المرأة المؤهلة التدرن الرئوي ، لقاح الشلل ، اللقاح الثلاثي والحصبة.  انتقل الى السؤال (16) بعد الانتهاء | | |
| 1 س8  2 س16    9 س16 | | | نعم **………………….……..………** 1  لا **…………………………………..** 2  لا أعرف **………………………….** 9 | | | | | | | | | | | | 7. هل حصل (الاسم) على أية لقاحات لوقايتة/ وقاياتها من التعرض للامراض، بما في ذلك أية لقاحات اعطيت له اثناء ايام حملات التحصين الوطنية ؟ | | |
| 2 س10    9 س10 | | | نعم **…………………..……………** 1  لا **…………………………………..** 2  لا أعرف **………………………….** 9 | | | | | | | | | | | | 8. هل تلقى (الاسم) في أي وقت لقاح التدرن الرئوي (السل): أي ابرة في الكتف الأيسر تركت ندبة في مكانها؟ | | |
|  | | | | الندبة موجودة …………………………1  الندبة غير موجودة …………………….. 2  لا استطيع فحص المكان ………………… 3  لا استطيع ان اقرر …………………….. 4 | | | | | | | | | | | | 9. افحص الكتف الايسر (وهو المكان الذي يعطي فيه لقاح السل) التعرف على موقع الندبة. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 س13  9 س13 | نعم **………………..………….……** 1  لا **………………..…………..……..** 2  لا أعرف **………………………….** 9 | 10. هل سبق أن اعطي (الاسم) في أي وقت لقاح عبارة عن نقط عن طريق الفم لحمايته/حمايتها من الإصابة بشلل الأطفال؟ |
|  | مباشرة بعد الولادة**………………..……** 1  فيما بعد **……………….……………..** 2 | 11. كم كان عمر ابنك/انبتك عندما أخذت الجرعة الأولى؟ هل أخذها/اخذتها مباشرة بعد الولادة أو فيما بعد ؟ |
|  | عدد المرات**……………………** ـــــ ــــــ | 12. كم مرة اعطيت ابنك/ابنتك هذه النقاط عن طريق الفم؟ |
| 2 س15    9 س15 | نعم **……………………………..…** 1  لا **……………………………..…..** 2  لا أعرف **…………..…………….** 9 | 13. هل حصل (الاسم) على لقاح عن طريق الحقن في الفخذ أو الجنب لمنع الإصابة بالكزاز و السعال الديكي و الخانوق (تعطى أحيانا مع لقاح الشلل)؟ |
|  | عدد المرات …………………… \_\_ \_\_ | 14. كم مرة اعطي / اعطيت هذه الحقن؟ |
|  | نعم ………………………….......... 1  لا ..............................……………... 2  لا أعرف ...................…………....... 9 | 15. هل سبق أن أعطي (الاسم) حقنة في الذراع عند عمر 9 شهور أو بعد ذلك لمنع إصابته/اصابتها بالحصبة؟ |
|  | نعم لا لا أعرف  الحملة أ 1 2 9  الحملة ب 1 2 9  الحملة ج 1 2 9 | 16. اخبريني لو سمحت عما إذا كان (الاسم) قد تلقى أي لقاح في أي من أيام حملة التطعيم الوطنية؟تاريخ ونوع الحملة أتاريخ ونوع الحملة بتاريخ ونوع الحملة جيرجى إدخال تاريخ ونوع اللقاح المعطى خلال أحدث حملات التطعيم الوطنية |

انتقل الى النموذج التالي :

رقم العنقود: \_\_\_ رقم الأسرة المعيشية: \_\_\_ رقم سطر القائم على تقديم الرعاية: \_\_\_ رقم سطر الطفل: \_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نموذج القياسات والأوزان | | |
| بعد استيفاء جميع الاستبيانات لجميع الأطفال، يقوم الشخص المسؤول عن الأوزان والقياسات بوزن كل طفل ويسجل وزن الطفل وطوله على الاستبانة الخاصة لكل طفل. راجع/راجعي اسم الطفل ورقم سطره في قائمة افراد الأسرة المعيشية قبل تسجيل القياسات والأوزان. | | |
|  | --,- كيلو غرام | 1. وزن الطفل |
|  | الطول بالسنتمتر وهو مستلق ---,- ….1  الارتفاع بالسنتمتر وهو واقف ---,- …. 2 | 2. طول الطفل  راجع عمر الطفل:  الطفل دون السنتين من العمر (قياس طوله وهو  مستلقي)  الطفل عمره سنتين فأكثر – (قياس الطول والطفل واقف |
|  | رمزالتعريفي الشخص الذي أجرى عملية القياس  - - - | 3. الرمز التعريفي للشخص الذي أجرى عملية القياس |
|  | تم قياسه …………............................. 1  غير موجود …………....................... 2  رفض عملية القياس ..............………... 3  أخرى (حدد) ...........…………........... 4 | 4. النتيجة : |
|  |  | 5. هل هناك طفل آخر في الأسرة المعيشية مؤهل لعملية القياس؟  ٱ نعم سجل القياسات للطفل التالي  ٱ لا إنهي المقابلة مع هذه الأسرة المعيشية وأشكري المشاركين فيها على تعاونهم. اجمعي جميع الاستبيانات لهذه الأسرة المعيشية وتأكدي من الأرقام التعريفية الموجودة على رأس كل صفحة، وطابقي عدد المقابلات التي تمت مع البيانات المدرجة في قائمة معلومات الاسرة المعيشية . |