|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 2 \_\_\_/\_\_\_ \_\_\_ /\_\_\_ \_\_\_  | **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 تسجيل 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***). تستغرق هذه المقابلة عادة عدد دقيقة.المشاركة في هذا الاستطلاع تطوعية. لن يتم دفع أي مبلغ أو حافز لك أو لأفراد عائلتك للإجابة على هذه الأسئلة. ومع ذلك ، فإن المعلومات التي سيتم جمعها ستكون مفيدة للغاية للحكومة وعامة الناس لفهم وضع واحتياجات السكان بشكل أفضل.يرجى العلم أن جميع المعلومات التي تشاركها أثناء المقابلة ستبقى سرية للغاية ومجهولة المصدر. لن يتم نشر أي معلومات عنك أو عن أسرتك. سننتج فقط معلومات عن عامة السكان.إذا شعرت بعدم الارتياح حيال أي أسئلة ولا ترغب في الإجابة، فقط أخبرني بذلك ويمكننا تخطي السؤال. أيضًا، إذا كنت ترغب في إيقاف المقابلة في أي وقت، يرجى إخباري بذلك.إذا كان لديك في أي وقت أي شكاوى أو مخاوف بشأن هذا الاستطلاع ، فيرجى إبلاغي بذلك. استخدم المعلومات الواردة في هذه البطاقة للاتصال باسم المنظمة.هل يمكنني بدء المقابلة الآن؟ | **UF10B**. والآن، أودّ التحدث معك حول صحة وسلامة (***اسم الطفل في UF3***) بتفصيل أكبر. سوف تستغرق هذه المقابلة حوالي عدد دقيقة. ومرة أخرى، المشاركة في هذا الاستطلاع تطوعية. لن يتم دفع أي مبلغ أو حافز لك أو لأفراد عائلتك للإجابة على هذه الأسئلة. ومع ذلك ، فإن المعلومات التي سيتم جمعها ستكون مفيدة للغاية للحكومة وعامة الناس لفهم وضع واحتياجات النساء بشكل أفضل.يرجى العلم أن جميع المعلومات التي تشاركها أثناء المقابلة ستبقى سرية للغاية ومجهولة المصدر. لن يتم نشر أي معلومات عنك أو عن أسرتك. سننتج فقط معلومات عن عامة السكان.إذا شعرت بعدم الارتياح حيال أي أسئلة ولا ترغب في الإجابة، فقط أخبرني بذلك ويمكننا تخطي السؤال. أيضًا، إذا كنت ترغب في إيقاف المقابلة في أي وقت، يرجى إخباري بذلك.إذا كان لديك في أي وقت أي شكاوى أو مخاوف بشأن هذا الاستطلاع ، فيرجى إبلاغي بذلك. استخدم المعلومات الواردة في هذه البطاقة للاتصال باسم المنظمة.هل يمكنني بدء المقابلة الآن؟ |
| نعم 1لا / لم يسأل 2 | 1*نموذج معلومات الأطفال دون سنّ الخامسة**UF17*2 |

|  |
| --- |
| خلفية عامة 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. |  |  |
| **UB0A.** تحقق من علاقة المستجيب بالطفل في قائمة أفراد الأسرة في استبيان الأسرة. | الأم البيولوجية (HL20 = HL14) 1الأب البيولوجي(HL20 = HL18) 2أخرى 6 | *UB1*1*UB1*2 |
| **UB0B.** ما علاقتك بـ (**الاسم**)؟ | الجد 01العم/العمة – الخال/الخالة 02الأخ / الأخت 03قريب آخر من الطفل 06زوجة الأب / زوج الأم 11ابن/بنت الزوجة أو الزوج 12جهة أخرى ذات صلة بزواج الأبوين 16الحاضن الرسمي / الوالد المتبنى 21صديق 31أخرى (حدد) 96 |  |
| **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 سجّلي "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 | *انتهى*1 |
| **UB4**. تحققي من رقم سطر المستجيبة (UF4) في لوحة معلومات الأطفال دون سنّ الخامسة والمستجيب/ة لاستبيان الأسرة المعيشية (HH47): هل هذا المستجيب هو أيضا المستجيب على استبيان الأسرة المعيشية؟ | نعم، المستجيب هو نفسه، UF4 = HH47 1كلا، المستجيب شخص آخر، UF4 ≠ HH47 2 | *UB6A*2 |
| **UB5**. تحققي من ED10 في نموذج التعليم في استبيان الأسرة المعيشية: هل التحق /التحقت الطفل(ة) ببرنامج تعليمي للطفولة المبكرة في السنة الدراسية الحالية؟ | نعم، ED10 = 0 1لا، ED10 ≠ 0 أو فارغ 2 | *UB8B*1*انتهى*2 |
| **UB6A**. تحققي من ED10 في نموذج التعليم في استبيان الأسرة المعيشية: هل التحق /التحقت الطفل(ة) ببرنامج تعليمي للطفولة المبكرة في السنة الدراسية الحالية؟ | نعم، ED10 = 0 1لا، ED10 ≠ 0 أو فارغ 2 | *UB8A*1*انتهى*2 |
| **UB8A**. لقد دوّنت سابقا أن (***الاسم***) التحق/ت ببرنامج تعليمي للطفولة المبكرة خلال هذه السنة الدراسية. هل هو/هي ملتحق/ة حالياً بهذا البرنامج؟**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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **تسجيل الولادة**  | **BR** |
| في حال اختيار تضمينه، أدخل موضوع تسجيل الولادة هنا كما هو موضح في الحزمة التكميلية ذات الصلة. |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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، أي منذ (***يوم الأسبوع***)، 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 أو1 1العمر 2 أو 3 أو 4 سنوات 2 | 1 *انتهى* |
| **EC5**. منذ آخر (***يوم المقابلة ناقص 3***)، 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 الأب/الأم بالتبني قد شارك/ت مع الطفل وهو/هي يعيش/تعيش في الأسرة، وجب ترميزه/ها كأب/كأم.  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  [A] قراءة الكتب أو مشاهدة كتب مصورة مع (***الاسم***)؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |
|  | الأم Aالأب Bشخص آخر X |
|  [A1] من في الأسرة يشارك هذا النشاط مع (***الاسم***)؟*دقق: أي شخص آخر؟* |
|  [B] رواية القصص لـ (***الاسم***)؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |
|  |
|  [B1] من في الأسرة يشارك هذا النشاط مع (***الاسم***)؟*دقق: أي شخص آخر*  | الأم Aالأب Bشخص آخر X |
|  [C] الغناء لـ أو مع (***الاسم***)، بما في ذلك التهويدات؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |
|  [C1] من في الأسرة يشارك هذا النشاط مع (***الاسم***)؟*دقق: أي شخص آخر* | الأم Aالأب Bشخص آخر X |
|  [D] أخذ (***الاسم***) للتنزّه خارج المنزل؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |
|  [D1] من في الأسرة يشارك هذا النشاط مع (***الاسم***)؟*دقق: أي شخص آخر* | الأم Aالأب Bشخص آخر X |
|  [E] اللعب مع (***الاسم***)؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |
|  [E1] من في الأسرة يشارك هذا النشاط مع (***الاسم***)؟*دقق: أي شخص آخر* | الأم Aالأب Bشخص آخر X |
|  [F] تسميّة الأشياء أو العدّ أو رسم الأشياء لـ أو مع (***الاسم***)؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |
| [F1] من في الأسرة يشارك هذا النشاط مع (***الاسم***)؟*دقق: أي شخص آخر* | الأم Aالأب Bشخص آخر X |
| **EC5G**. تحققي من UB2: عمر الطفل/ة؟ | العمر2 1العمر 3 أو 4 سنوات 2 | 1 *انتهى* |
| **EC6**. أود أن أسألك عن أشياء معينة يستطيع/تستطيع (***الاسم***) القيام بها حاليًا. يرجى الأخذ في الحسبان أن الأطفال ينمون ويتعلمون بوتيرة مختلفة. على سبيل المثال، يبدأ بعض الأطفال الكلام في وقت أبكر من غيرهم أو قد يكونون يقولون فعلا بعض الكلمات ولكنهم لا يشكلون جملًا بعد. ولذلك، فلا بأس إذا لم يكن طفلك قادرًا على فعل كل الأشياء التي سأسأل عنها. يمكنك إعلامي إذا كان لديك أي شكوك حول الإجابة التي يجب تقديمها.هل يستطيع (***الاسم***) المشي على سطح غير مستوٍ، على سبيل المثال طريق وعرة أو شديدة الانحدار، دون السقوط أرضا؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC7**. هل يستطيع/تستطيع (***الاسم***) القفز عن الأرض بكلتا القدمين معا؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC8**. هل يستطيع/تستطيع (***الاسم***) ارتداء ملابسه/ها بنفسه/ها، أي أن يرتدي/ ترتدي البنطال والقميص دون مساعدة؟؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC9**. هل يستطيع/تستطيع (***الاسم***) زرّ الأزرار وحلها دون مساعدة؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC10**. هل يستطيع/تستطيع (***الاسم***) أن يقول/تقول 10 كلمات أو أكثر مثل "ماما" أو "كرة"؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC11**. هل يستطيع/تستطيع (***الاسم***) التحدث باستخدام جمل مكوّنة من 3 كلمات أو أكثر تتماشى معًا، على سبيل المثال "أنا أريد ماء" أو "هذا المنزل كبير"؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 | 2 *EC13*8 *EC13* |
| **EC12**. هل يستطيع/تستطيع (***الاسم***) التحدث باستخدام جمل مكوّنة من 5 كلمات أو أكثر تتماشى معًا، على سبيل المثال "هذا المنزل هناك كبير جدا"؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC13**. هل يستطيع/تستطيع (***الاسم***) التعبير بشكل صحيح باستخدام أي من الضمائر "أنا" أو "أنت" أو "هي" أو "هو"، على سبيل المثال "أنا أريد الماء" أو "هو يأكل الأرز"؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC14**. إذا عرضت على (***الاسم***) شيئًا ما يعرفه/تعرفه جيدًا، مثل كوب أو حيوان، هل يمكنه/ها ذكر اسم ذلك الشيء أو الحيوان بشكل منتظم؟ نعني بعبارة "بشكل منتظم" باستمرار أنه/ها يستخدم نفس الكلمة للإشارة إلى نفس الشيء، حتى لو لم تكن هي الكلمة الأنسب لوصفه | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC15**. هل يستطيع/تستطيع (***الاسم***) التعرف على 5 أحرف على الأقل من الأبجدية؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC16**. **هل يستطيع/تستطيع** *(الاسم)* **كتابة اسمه/ها؟** | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC17**. هل يستطيع/تستطيع (***الاسم***) تمييز جميع الأرقام من 1 إلى 5؟ | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC18**. **اذا طلبت من**(*الاسم*) **أن يعطيك 3 أشياء، مثل 3 أحجار أو 3 حبات فاصوليا، هل يمكنه/ها اعطاؤك العدد الصحيح الذي طلبته؟** | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC19**. **هل يستطيع/تستطيع**(*الاسم*) **أن يعدّ/تعدّ 10 أشياء، على سبيل المثال 10 أصابع أو 10 مكعبات، دون أخطاء؟** | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC20**. **هل يستطيع/تستطيع**(*الاسم*) **ممارسة نشاط ما، مثل التلوين، أو اللعب بالمكعبات، دون طلب المساعدة بشكل متكرر أو دون الكف عن ممارسة النشاط سريعا جدا؟** | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC21**. **هل يسأل/ تسأل** *(الاسم)* **عن أشخاص مألوفين لديه/ها عند غيابهم، عدا الأب والأم، على سبيل المثال "أين جدّتي؟"؟** | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC22**. **هل يعرض/ تعرض** *(الاسم)* **المساعدة على**  **شخص يبدو أنه في حاجة إلى مساعدة؟** | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC23**. **هل ينسجم/ تنسجم** *(الاسم)* **بشكل جيد مع الأطفال الآخرين؟** | نعم 1لا 2لا أعرف 8 |  |
| **EC24**. **السؤالان التاليان لهما خمسة خيارات مختلفة للإجابات. سأقرأها لكم بعد كل سؤال.****كم مرة يبدو/ تبدو** *(الاسم)* **حزينًا جدًا أو مكتئبًا؟****هل في رأيك: يوميا، أم أسبوعيا، أم شهريا، أم بضع مرات في السنة، أم لا يحدث ذلك مطلقا؟** | 1 **يوميا**2 أسبوعيا3 شهريا4 **بضع مرات في السنة**5 **لا يحدث ذلك مطلقا**8 لا أعرف |  |
| **EC25**. **مقارنة بالأطفال من نفس العمر، الى أي حد يقوم/تقوم** (*الاسم*) **بركل أو عض أو ضرب الأطفال الآخرين أو الكبار؟****هل في رأيك: لا يحدث ذلك مطلقا، أم مثل أترابه أو أقل، أم أكثر منهم، أم أكثر منهم بكثير؟** | 1 **يوميا**2 أسبوعيا3 شهريا4 **بضع مرات في السنة**5 **لا يحدث ذلك مطلقا**8 لا أعرف |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **ضبط سلوك الطفل(ة)** | **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 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **القدرات الوظيفية للطفل(ة)**  |  | **UCF** |
| في حال اختيار تضمينه، أدخل موضوع القدرات الوظيفية للطفل(ة) هنا كما هو موضح في الحزمة التكميلية ذات الصلة. تحتوي الحزمة التكميلية على المزيد من التعليمات حول كيفية تخصيص الاستبيانات. |  |  |
| **الرضاعة الطبيعية والتنوع التغذوي** | **Bd** |
| في حال اختيار تضمينه، أدخل موضوع الرضاعة الطبيعية والتنوع التغذوي هنا كما هو موضح في الحزمة التكميلية ذات الصلة. تحتوي الحزمة التكميلية على المزيد من التعليمات حول كيفية تخصيص الاستبيانات. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  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 |
| **IM5A.** *سجل تاريخ الميلاد من البطاقة و / أو وثيقة أخرى.**سجل "98" لأي معلومات مفقودة أو غير مقروءة.* | تاريخ الميلاداليوم \_\_ \_\_ الشهر \_\_ \_\_ السنة \_\_ \_\_ 2 0 |  |
| **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 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| التهاب الكبد الوبائي (عند الولادة) | HepB0 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| شلل الأطفال (عند الولادة ) (OPV) | OPV0 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| الجرعة الأولى من تطعيم شلل الأطفال  | OPV1 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| الجرعة الثانية من تطعيم شلل الأطفال  | OPV2 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| الجرعة الثالثة من تطعيم شلل الأطفال  | OPV3 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| الجرعة الأولى من تطعيم شلل الأطفال المعطّل  | IPV1 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| الجرعة الثانية من تطعيم شلل الأطفال المعطّل | IPV2 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| الجرعة الأولى من اللقاح الخماسي التكافؤ (الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز، المستدمية النزلية، والتهاب الكبد الوبائي) – 1 | Penta1 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| الجرعة الثانية من اللقاح الخماسي التكافؤ (الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز، المستدمية النزلية، والتهاب الكبد الوبائي) – 2 | Penta2 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| الجرعة الثالثة من اللقاح الخماسي التكافؤ (الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز، المستدمية النزلية، والتهاب الكبد الوبائي) – 3 | Penta3 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| الجرعة الأولى من لقاح المكورة الرئوية (المقترن) - 1 | PCV1 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| الجرعة الثانية من لقاح المكورة الرئوية (المقترن) - 2 | PCV2 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| الجرعة الثالثة من لقاح المكورة الرئوية (المقترن) - 3 | PCV3 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| الجرعة الأولى من لقاح الفيروس العجلي (الروتا فيروس)- 1 | Rota1 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| الجرعة الثانية من لقاح الفيروس العجلي (الروتا فيروس)- 2 | Rota2 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| الجرعة الثالثة من لقاح الفيروس العجلي (الروتا فيروس)- 3 | Rota3 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| MR/MMR 1 | MMR/MR1 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| MR/MMR 2 | MMR/MR2 |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| الحمى الصفراء | YF |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| الجرعة معززة من لقاح التيتانوس والدفتريا1  | Td Booster |  |  |  |  |  |  | 0 | 2 |  |
| **IM7**. *تحققي من IM6: هل تم تسجيل جميع اللقاحات (من تطعيم التدرّن، السل BCG وانتهاءً بتطعيم* الجرعة معززة من لقاح التيتانوس والدفتريا 1 - *Td Booster )؟* | 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 زائد تم تلقيه.* *بالنسبة للقاحات التي لم يتم تلقيها، سجّلي "00"* *عند الانتهاء، انتقلي إلى النموذج التالي.* |  | *انتهى* |
| **IM11**. هل سبق لـ (***الاسم***) أن تلقى 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 [A-C] 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 تلقى (***الاسم***) عند الولادة أو بعدها بفترة وجيزة لقاح التهاب الكبد B ، وهو عبارة عن حقنة في الجهة الخارجية من الفخذ للوقاية من مرض التهاب الكبد الوبائي النوع ب؟ | نعم، 1لا. 2لا أعرف 8 | *IM16*2*IM16*8 |
| **IM15A.** هل استلمها/استلمتها (***الاسم***) خلال ال 24 ساعة من بعد الولادة؟ | نعم، 1لا. 2لا 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 أو/و في وقت لاحق وفي نفس الوقت كحقن للحماية من أمراض أخرى.* | نعم 1لا. 2لا أعرف 8 | *IM19*2*IM19*8 |
| **IM17**. هل تم الحصول على أولى قطرات لقاح شلل الأطفال في الأسبوعين الأولين من الولادة أو بعده؟  | الأسبوعين الأولين 1بعده 2لا أعرف 8 |  |
| **IM18**. كم مرة تم الحصول فيها على قطرات لقاح شلل الأطفال؟ | عدد المرات \_\_\_لا أعرف 8 |  |
| **IM19**. هل تلقى (***الاسم***) من قبل لقاح شلل الأطفال بالحقن، أي حقنة في الذراع للحماية من شلل الأطفال؟*استوضحي من خلال الإشارة إلى أن هذا اللقاح غالبًا ما يسمى IPV ، وأنه يمكن إعطاء الحقنة في نفس الوقت مع لقاح شلل الأطفال الفموي و / أو الحقن الأخرى.* | نعم 1لا. 2لا أعرف 8 | *IM20*2*IM20*8 |
| **IM19A**. كم مرة تم الحصول فيها على حقنة لقاح شلل الأطفال؟ | عدد المرات \_\_\_لا 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 لقاح خماسي 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 \_\_\_لا أعرف 8 |  |
| **IM22**. هل سبق أن حصل/ت (***الاسم***) على لقاح *المكورات* الرئوية المقترن - أي حقنة للوقاية من الإصابة بمرض 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 \_\_\_لا أعرف 8 |  |
| **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 \_\_\_لا أعرف 8 |  |
| **IM26**. هل سبق أن حصل/ت (***الاسم***) على لقاح الحصبة والنُكاف والحُميراء (MR/MMR) - وهو حقنة تُعطى في الذراع في للوقاية من الإصابة بالحصبة والنكاف والحُميراء؟ | نعم 1لا. 2لا أعرف 8 | *IM27*2*IM27*8 |
| **IM26A**. كم مرة حصل/ت فيها الطفل/ة على لقاح MR/MMR؟ | عدد المرات \_\_\_لا أعرف 8 |  |
| **IM27**. هل سبق أن حصل/ت (***الاسم***) على لقاح الحمى الصفراء - وهو حقنة تُعطى في الذراع 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*MR/MMR) *).* | نعم 1لا. 2لا أعرف 8 |  |
| **IM27A**. هل سبق أن حصل/ت (***الاسم***) على الجرعة معززة من لقاح التيتانوس والدفتريا Td Booster - وهو حقنة تُعطى في الذراع عند بلوغ السنة الواحدة 1 أو أكثر للوقاية من الإصابة بالتيتانوس والدفتريا ؟   *استوضحي أكثر بالإشارة إلى أنه في بعض الأحيان تُعطى* الجرعة معززة من لقاح التيتانوس والدفتريا *في نفس الوقت الذي يُعطى فيه الجرعة الثانية من تطعيم الحصبة والنُكاف والحُميراء*MR/MMR) *).* | نعم 1لا. 2لا أعرف 8 |  |
| **IM28**. *قومي بإعداد نسخة من* ***نموذج سجلات التطعيمات الخاصة بالمنشأة*** *لهذا الطفل.**اكملي لوحة معلومات الأطفال دون سنّ الخامسة لذلك النموذج.* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| السعي للرعاية وعلاج الإسهال |  | DA |
| في حال اختيار تضمينه، أدخل موضوع السعي للرعاية وعلاج الإسهال هنا كما هو موضح في الحزمة التكميلية ذات الصلة. تحتوي الحزمة التكميلية على المزيد من التعليمات حول كيفية تخصيص الاستبيانات. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| السعي للرعاية وعلاج أعراض التهابات الجهاز التنفسي الحادة |  | AR |
| في حال اختيار تضمينه، أدخل موضوع السعي للرعاية وعلاج أعراض التهابات الجهاز التنفسي الحادة هنا كما هو موضح في الحزمة التكميلية ذات الصلة. تحتوي الحزمة التكميلية على المزيد من التعليمات حول كيفية تخصيص الاستبيانات. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| الملاريا: السعي للرعاية والعلاج |  | MC |
| في حال اختيار تضمينه، أدخل موضوع **الملاريا: السعي للرعاية والعلاج هنا كما هو موضح في الحزمة التكميلية** ذات الصلة. تحتوي الحزمة التكميلية على المزيد من التعليمات حول كيفية تخصيص الاستبيانات. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |  |
| **UF15A.** *تحققي من WB4: عمر المستجيب؟* | من سن 15 إلى 17 عامًا 1سن 18 أو أكثر 2 | 1*انتهى* |
| **UF15B.** *تحققي من رقم سطر المستجيب (UF4) في لوحة معلومات الأطفال 5-17 والمستجيب على استبيان الأسرة (HH47): هل هذأ المستجيب هو أيضًا المستجيب في استبيان الأسرة؟* | نعم ، المستجيبة هي نفسها، UF4 = HH47 1لا ، المستجيبة ليست نفسها، UF4 ≠ HH47 2 | 1 UF16 |
| **UF15C.** *هل تمت مقابلة هذه المستجيبه بالفعل لأي من الاستبيانات الفردية؟* | نعم ، تمت مقابلتها بالفعل 1لا ، لم تتم مقابلتها مسبقًا 2 | *UF16*1 |
| **UF15D.** تحققي منHC7[A] و :HC12 هل يوجد في هذه الأسرة خط هاتف ثابت أو هل يمتلك أي فرد من أفراد الأسرة هاتفاً محمولاً؟ | نعم، HC7[A]= 1 أو HC12= 1 1لا، HC7[A]= 2 و HC12= 2 2 | *UF15F*2 |
| **UF15E.** أشكركم على مشاركتكم.سيقوم مكتب الإحصاء الوطني بإجراء مسح عبر الهاتف حول وضع الأطفال والأسر في المستقبل. قد نتصل عدة مرات على مدى بضعة أشهر، وسيستغرق كل اتصال 15 دقيقة.المشاركة طوعية. إذا وافقت على المشاركة الآن، فلا يزال بإمكانك الانسحاب لاحقًا. المشاركة لن تكلفك أي شيء. لن يتم مشاركة رقم هاتفك أو أي من المعلومات التي تشاركها أثناء هذه المقابلات الهاتفية مع أي شخص خارج فريقنا.هل ترغب في المشاركة؟ | نعم 1لا 2 | *UF15H*1*UF16*2 |
| **UF15F.** أشكركم على مشاركتكم.سيقوم مكتب الإحصاء الوطني بإجراء مسح تتابعي حول وضع الأطفال والأسر في المستقبل. قد نتصل عدة مرات على مدى بضعة أشهر، وسيستغرق كل اتصال 15 دقيقة.المشاركة طوعية. إذا وافقت على المشاركة الآن، فلا يزال بإمكانك الانسحاب لاحقًا. المشاركة لن تكلفك أي شيء. لن يتم مشاركة أي من المعلومات التي تشاركها أثناء هذه المقابلات مع أي شخص خارج فريقنا.هل ترغب في المشاركة؟ | نعم 1لا 2 | *UF16*2 |
| **UF15G.** لقد أخبرتني أنه لا توجد هواتف في منزلك. فقط للتأكيد، هل لديك رقم هاتف شخصي أم يوجد رقم هاتف للأسرة؟ | نعم 1لا 2 | *UF15I*1*UF16*2 |
| **UF15H.** هل لديك رقم هاتف شخصي أم يوجد رقم هاتف للأسرة؟ | نعم 1لا 2 | *UF16*2 |

|  |
| --- |
| **UF15I**. يمكنك مشاركة الرقم المشترك الخاص بأسرتك، ولكن من فضلك، لا تشارك أي أرقام هواتف شخصية تخص أفراد أسرتك. من فضلك قل لي ما هو أفضل رقم هاتف للاتصال بك. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | [P1]أفضل رقم هاتف | [P2]ثاني أفضل رقم هاتف | [P3]ثالث أفضل رقم هاتف |
| **UF15J.** اطلب/ي رقم الهاتف وقم/قومي بتسجيله. | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |
| **UF15K**. فقط للتأكيد، الرقم هو **(*الرقم من UF15J)****؟**إذا كانت الإجابة لا، فارجع/ي إلىFS15J وقم/ قومي بإدخال الرقم الصحيح.* | نعم 1لا 2*UF15J* | نعم 1لا 2*UF15J* | نعم 1لا 2*UF15J* |
| **UF15L**. تذكر أنه يمكنك مشاركة الرقم الجماعي الخاص بأسرتك ، ولكن من فضلك ، لا تشارك أي أرقام هواتف شخصية تخص أفراد أسرتك. هل لديك رقم هاتف شخصي أو مشترك آخر يمكن الوصول إليك من خلاله؟ | نعم 1*[P2]*لا 2*UF16* | نعم 1*[P3]*لا 2*UF16* | نعم 1*[P4]*لا 2*UF16* |
|  |  |  | ضع علامة هنا إذا استخدم استبيان إضافي:……… **¨** |

|  |
| --- |
| **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 وسجلي "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 وسجلي "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 و سجّلي "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. |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| MICS logo ALL نموذج القياسات الأنثروبومتريةالأطفال دون سن الخامسة اسم وسنة المسح |  |

|  |
| --- |
| لوحة معلومات نموذج القياسات الأنثروبومترية 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 \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| القياسات الأنثروبومترية |  |  |
| **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.*في وقت لاحق، عند تسجيل القياسات من النموذج الورقي الى *CAPI*، تأكدي أيضًا من تحقق *مسؤول/ة القياس من السجلات.* | كيلوغرام (كغم) \_\_\_\_ \_\_\_\_**.**\_\_\_\_الطفل/ة غير موجود/ة بعد اعادة الزيارات 99.3رفض/رفضت الطفل/ة 99.4المستجيب/ة رفضت 99.5غير ذلك (*يرجى التحديد*) 99.6 | *AN14*99.3*AN10*99.4*AN10*99.5*AN10*99.6 |
| **AN9**. *هل كان الطفل/ة مجرد/ة من ملابسه/ها بالحد الأدنى، أي ليس أكثر من الملابس الخفيفة جدا أو الملابس الداخلية فقط؟؟* | 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.*في وقت لاحق، عند تسجيل القياسات من النموذج الورقي الى *CAPI*، تأكدي أيضًا من تحقق *مسؤول/ة القياس من السجلات.***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.*في وقت لاحق، عند تسجيل القياسات من النموذج الورقي الى *CAPI*، تأكدي أيضًا من تحقق *مسؤول/ة القياس من السجلات.* | الطول / الارتفاع (سم) \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ . \_\_\_رفض/رفضت الطفل/ة 999.4المستجيب/ة رفضت 999.5غير ذلك (*يرجى التحديد*) 999.6 | *AN14*999.4*AN14*999.5*AN14*999.6 |
| **AN12**. *كيف تم فعلياً قياس الطفل/ة؟ وهو/هي مستلقي/ة أم وقوفاً؟* | مستلقي/ة 1وقوفاً 2 |  |
| **AN13.** هل تأثرت القياسات المسجلة بشعر الطفل المضفر أو المزخرف؟ | نعم، تأثرت القياسات بشعر الطفل 1لا 2 |  |
| **AN14**. *يوم / شهر / سنة القياس:*2 0 2 \_\_\_/\_\_\_ \_\_\_ /\_\_\_ \_\_\_  |  |  |
| **AN15**. 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* |
| **AN16**. 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 الخاصة بنموذج قياس الوزن و الطول** |
|  |

|  |
| --- |
| **ملاحظات مسؤول/ة عن قياس الوزن و الطول** |
|  |

|  |
| --- |
| **ملاحظات المشرف/ة الخاصة بنموذج قياس الوزن و الطول** |
|  |