

PANNEAU D' INFORMATION SUR L' ENFANT		UF
UF1. Numéro de grappe : _____	UF2. Numéro du ménage: _____	
UF3. Nom et numéro de ligne de l' enfant : NOM _____	UF4. Nom et numéro de ligne de la mère / gardien(ne) : NOM _____	
UF5. Nom et code de l' enquêteur : NOM _____	UF6. Nom et code du chef d' équipe : NOM _____	
UF7. Jour/ Mois / Année de l' interview : _____ / _____ / <u>2 0 1</u> _____	UF8. Enregistrer l' heure de début de l' entretien:	HEURES : MINUTES _____ : _____

<i>Vérifier l' âge du/de la répondant(e) à HL6 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE : Si âge est de 15-17 ans, vérifier que le consentement d' un adulte pour l' interview a été obtenu (HH33 ou HH39) ou pas nécessaire (HL20=90). Si le consentement est nécessaire mais pas obtenu, l' interview ne doit pas commencer et ' 06' doit être enregistré à UF17. Le/la répondant(e) doit avoir au moins 15 ans.</i>		
UF9. Vérifier les questionnaires complétés dans ce ménage : Avez-vous ou un autre membre de votre équipe déjà interviewé ce répondant sur un autre questionnaire ?	OUI, DEJA INTERVIEWE NON, PREMIERE INTERVIEW	1 ⇒ UF10B 2 ⇒ UF10A
UF10A. Bonjour, je m' appelle (<i>votre Nom</i>). Nous sommes de l' INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE, des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED). Nous menons une enquête sur la situation des enfants, des familles et des ménages. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de (<i>Nom de l' Enfant à UF3</i>). Cette interview prend habituellement 20 minutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l' enquête, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?	UF10B. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de (<i>Nom de l' Enfant à UF3</i>). Cette interview prend habituellement 20 minutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l' enquête, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?	
OUI NON / PAS DEMANDE	1 ⇒ Module CARACTERISTIQUES DE L' ENFANT 2 ⇒ UF17	

UF17. Résultat de l' interview de l' enfant de moins de 5 ans <i>Les codes font référence à la mère/gardien(ne). Discuter tous les résultats non complets avec votre superviseur.</i>	COMPLETE.....01 PAS A LA MAISON.....02 REFUSE.....03 PARTIELLEMENT COMPLETE04 EN INCAPACITE (Préciser)05 PAS DE CONSENTEMENT D' UN ADULTE POUR MERE/GARDIEN(NE) DE 15-17 ANS06 AUTRE (préciser)96
--	--

CARACTERISTIQUES DE L' ENFANT DE MOINS DE 5 ANS		UB
UB0. AVANT QUE JE NE COMMENCE L' INTERVIEW, POURRIEZ-VOUS APPORTER, SVP, L' ACTE DE NAISSANCE DE (NOM), SON CARNET DE VACCINATION OU TOUTE CARTE DE VACCINATION D' UN CENTRE DE SANTE ? NOUS AURONS BESOIN DE NOUS REFERER A CES DOCUMENTS.		
UB1. En quel jour, quel mois et quelle année (nom) est-il/elle né(e) ? <i>INSISTER :</i> Quand est son anniversaire ? <i>Si la mère/gardien(ne) connaît la date de naissance exacte, enregistrer aussi le jour de naissance ; sinon, enregistrer '98' pour jour.</i> <i>Les Mois et Année doivent être enregistrés.</i>	DATE DE NAISSANCE JOUR__ __ NSPJOUR98 MOIS__ __ ANNEE..... <u>2 0 1</u> __	
UB2. Quel âge a (nom) ? <i>INSISTER :</i> Quel âge a eu (nom) à son dernier anniversaire ? <i>Enregistrer l' âge en années révolues.</i> <i>Enregistrer '0', si moins d' un an.</i> <i>Si les réponses à UB1 et UB2 sont incohérentes, insister et corriger.</i>	AGE(EN ANNEES REVOLUES).....__	
UB3. Vérifier UB2: Age de l' enfant?	0, 1, OU 2 ANS.....1 3 OU 4 ANS.....2	1 ⇨ UB9
UB4. Vérifier le numéro de ligne du/de la répondant(e)(UF4) et celui du/de la répondant(e) au MENAGE QUESTIONNAIRE (HH47):	REPONDANTE EST LA MEME, UF4=HH47.....1 REPONDANTEN' EST PAS LA MEME UF4≠HH472	2 ⇨ UB6
UB5. Vérifier ED10 dans le MODULE EDUCATION DU QUESTIONNAIRE MENAGE : est-ce que l'enfant fréquente un programme d'éducation pré-scolaire (pré-primaire) pendant l'année scolaire actuelle ?	OUI, ED10=0.....1 NON, ED10≠0 OU VIDE2	1 ⇨ UB8B 2 ⇨ UB9
UB6. Est-ce que (nom) a déjà fréquenté un programme d' éducation pré-scolaire (pré-primaire), tel que le jardin d' enfant ou la maternelle ?	OUI1 NON2	2 ⇨ UB9
UB7. Depuis octobre 2017, a-t-il/elle fréquenté à un certain moment (le jardin d' enfant ou la maternelle mentionnés à UB6) ?	OUI1 NON2	1 ⇨ UB8A 2 ⇨ UB9
UB8A. Est-ce qu' il/elle fréquente actuellement (programme mentionné à UB6) ? UB8B. Vous avez mentionné que (nom) a fréquenté un programme d' éducation pré-scolaire (pré-primaire) cette année scolaire. Est-ce qu' il/elle participe actuellement à ce programme?	OUI1 NON2	

UB9. Est-ce que (<i>nom</i>)est couvert(e) par une assurance santé?	OUI1 NON.....2	2 ⇒ <i>Fin</i>
UB10. Par quel type d' assurance santé (<i>nom</i>)est-il/elle couvert(e) ? <i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i>	ORGANISATION MUTUELLE DE SANTE/ ASSURANCE SANTE A BASE COMMUNAUTAIRE.....A ASSURANCE SANTE DE L' EMPLOYEURB SECURITE SOCIALEC AUTRE ASSURANCE SANTE COMMERCIALE PRIVEE ACHETEED AUTRE (<i>préciser</i>) _____ X	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
BR1. Est-ce que (<i>NOM</i>) a un acte de naissance ? <i>Si ' OUI' , demander :</i> Puis-je le voir SVP ?	OUI, VU 1	1 ⇨ BR2A
	OUI, PAS VU 2	2 ⇨ BR2A
	NON..... 3	
	NSP 8	
BR2. La naissance de (<i>NOM</i>) a-t-elle été enregistrée/déclarée auprès de la sous-préfecture/commune /centre d' état civil ?	OUI 1	1 ⇨ BR2A
	NON..... 2	2 ⇨ BR3
	NSP 8	8 ⇨ BR3
BR2A. (<i>NOM</i>) a-t-il été enregistré dans les 30 JOURS après sa naissance?	OUI 1	
	NON..... 2	
BR2B. L' enregistrement a-t-il été payant?	OUI 1	1 ⇨ FIN
	NON..... 2	2 ⇨ FIN
BR3. Savez-vous comment faire enregistrer la naissance de (<i>NOM</i>) ?	OUI 1	
	NON..... 2	
BR4. Pourquoi la naissance de (nom) n' a-t-elle pas été enregistrée/déclarée ?	Coûte trop cher..... 1	
	C' est trop loin..... 2	
	Ne savait pas qu' elle devait être enregistrée 3	
	Ne voulait pas payer d' amende 4	
	Ne sait pas où l' enregistrer..... 5	
	Autre (précisez)..... 6	
	NSP..... 8	

DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE		EC
<p>EC1. Combien de livres d' enfants ou de livres d' images avez-vous pour (<i>NOM</i>) ?</p> <p>Si aucun livre, encercler 00, Si moins de 10 enregistrer le nombre, Si 10 ou plus encercler 10.</p>	<p>AUCUN00</p> <p>NOMBRE DE LIVRES POUR ENFANTS0__</p> <p>10 LIVRES OU PLUS10</p>	
<p>EC2. Je voudrais savoir avec quoi (<i>NOM</i>) joue quand il/elle est à la maison.</p> <p>Est-ce qu' il/elle joue avec :</p> <p>[A] des jouets fabriqués à la maison (comme des poupées, voitures ou autres jouets fabriqués à la maison) ?</p> <p>[B] des jouets d' un magasin ou des jouets d' un fabricant ?</p> <p>[C] des objets du ménage (comme des bassines, casseroles), ou des objets trouvés dehors (comme des bâtons, pierres, animaux, coquilles ou feuilles) ?</p>	<p style="text-align: right;">OUI NON NSP</p> <p>JOUETS FABRIQUES A LA MAISON1 2 8</p> <p>JOUETS D' UN MAGASIN1 2 8</p> <p>OBJETS DU MENAGE OU DE DEHORS1 2 8</p>	
<p>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.</p> <p>Au cours de la semaine passée, combien de jours (<i>nom</i>) a t-il/elle été :</p> <p>[A] laissé seul(e) pour plus d' une heure ?</p> <p>[B] laissé sous la garde d' un autre enfant, c' est-à-dire quelqu' un de moins de 10 ans, pour plus d' une heure ?</p> <p><i>Si 'Aucun', enregistrer ' 0' . Si 'NSP', enregistrer ' 8' .</i></p>	<p>NOMBRE DE JOURS LAISSES SEUL POUR PLUS D' UNE HEURE__</p> <p>NOMBRE DE JOURS LAISSES SOUS LA GARDE D' UN AUTRE ENFANT POUR PLUS D' UNE HEURE__</p>	

EC4. Vérifier UB2: Age de l' enfant?	AGE 0 OU 1 ANS.....1 AGE 2, 3 OU 4 ANS.....2	1 ⇨Fin																																			
<p>EC5. Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du ménage de 15 ans ou plus, participé avec (nom) à l' une des activités suivantes :</p> <p><i>Si 'OUI', DEMANDER :</i> Qui a participé à cette activité avec (nom) ?</p> <p><i>Une mère ou un père adoptif vivant dans le ménage qui a participé avec l' enfant doit être codé comme mère ou père.</i></p> <p><i>ENREGISTRER TOUT CE QUI S' APPLIQUE.</i></p> <p><i>'PERSONNE' NE PEUT PAS ETRE ENREGISTRE S' IL Y A UN MEMBRE DU MENAGE DE PLUS DE 15 ANS QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC L' ENFANT.</i></p> <p>[A] Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (nom) ?</p> <p>[B] Raconter des histoires à (nom) ?</p> <p>[C] Chanter des chansons avec ou à (nom), y compris des berceuses ?</p> <p>[D] Emmener (nom) en dehors de la maison ?</p> <p>[E] Jouer avec (nom)?</p> <p>[F] Nommer, compter ou dessiner des choses avec (nom) ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>MERE</th> <th>PERE</th> <th>AUTRE</th> <th>PERSONNE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LIRE LIVRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>RACONTER HISTOIRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>CHANTER CHANSONS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>L' EMMENER DEHORS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>JOUER AVEC</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>NOMMER, COMPTER, DESSINER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		MERE	PERE	AUTRE	PERSONNE	LIRE LIVRES	A	B	X	Y	RACONTER HISTOIRES	A	B	X	Y	CHANTER CHANSONS	A	B	X	Y	L' EMMENER DEHORS	A	B	X	Y	JOUER AVEC	A	B	X	Y	NOMMER, COMPTER, DESSINER	A	B	X	Y	
	MERE	PERE	AUTRE	PERSONNE																																	
LIRE LIVRES	A	B	X	Y																																	
RACONTER HISTOIRES	A	B	X	Y																																	
CHANTER CHANSONS	A	B	X	Y																																	
L' EMMENER DEHORS	A	B	X	Y																																	
JOUER AVEC	A	B	X	Y																																	
NOMMER, COMPTER, DESSINER	A	B	X	Y																																	
EC5G. Vérifier UB2: âge de l' enfant ?	2 ANS1 3 OU 4 ANS.....2	1 ⇨Fin																																			
<p>EC6. 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.</p> <p>Est-ce que (nom) connaît ou peut citer au moins dix lettres de l' alphabet ?</p>	OUI1 NON2 NSP8																																				
<p>EC7. Est-ce que (nom) peut lire au moins 4 mots simples et courants ?</p>	OUI1 NON2 NSP8																																				

EC8. Est-ce que <i>(nom)</i> connaît les noms et les symboles des chiffres de 1 à 10 ?	OUI1 NON2 NSP8	
EC9. Est-ce que <i>(nom)</i> peut attraper par terre un petit objet avec deux doigts, tel un bâton ou un caillou ?	OUI1 NON2 NSP8	
EC10. Est-ce que <i>(nom)</i> est parfois trop malade pour jouer ?	OUI1 NON2 NSP8	
EC11. Est-ce que <i>(nom)</i> est capable de suivre de simples instructions sur comment faire quelque chose correctement ?	OUI1 NON2 NSP8	
EC12. Quand on donne quelque chose à faire à <i>(nom)</i> est-il/elle capable de le faire de manière indépendante ?	OUI1 NON2 NSP8	
EC13. Est-ce que <i>(nom)</i> s'entend bien avec les autres enfants ?	OUI1 NON2 NSP8	
EC14. Est-ce que <i>(nom)</i> donne des coups de pieds, mord, ou frappe les autres enfants ou les adultes ?	OUI1 NON2 NSP8	
EC15. Est-ce que <i>(nom)</i> est facilement distrait ?	OUI1 NON2 NSP8	

DISCIPLINE DE L' ENFANT		UCD
UCD1. Vérifier UB2: Age de l' enfant ?	0 AN 1 1, 2, 3 OU 4 ANS..... 2	1 ⇒ Fin
UCD2. Maintenant je voudrais parler de quelque chose d' autre. Les adultes utilisent certains moyens pour apprendre aux enfants à bien se comporter ou pour traiter des problèmes de comportement. Je vais vous lire une liste de méthodes qui sont utilisées. Dites-moi SVP, si <u>vous</u> avez ou n' importe quel autre membre de votre ménage a utilisé une de ces méthodes avec (nom) <u>au cours du mois dernier</u> . [A] Retirer des privilèges, interdire quelque chose que (nom) aime faire ou ne pas lui permettre de quitter la maison. [B] Expliquer à (nom) pourquoi son comportement n' est pas bien. [C] (Le/la) secouer. [D] Hurler ou lui crier dessus. [E] Lui donner quelque chose d' autre à faire. [F] Lui donner une fessée, (le/la) frapper ou (le/la) taper sur les fesses à main nues. [G] (Le/la) frapper sur les fesses ou sur d' autres parties du corps avec quelque chose tel ceinture, brosse à cheveux, bâton ou autre objet dur [H] (Le/la) traiter d' idiot, de paresseux ou d' un autre nom comme ça. [I] (Le/la) frapper ou (le/la) gifler sur le visage, la tête ou les oreilles. [J] (Le/la) frapper ou (le/la) taper sur les mains, les bras ou les jambes. [K] (Le/la) battre, c' est-à-dire (le/la) frapper encore et encore aussi fort que possible.	OUI NON RETIRER DES PRIVILEGES 1 2 EXPLIQUER LE MAUVAIS COMPORTEMENT 1 2 SECOUER 1 2 HURLER, CRIER DESSUS 1 2 DONNER AUTRE CHOSE A FAIRE 1 2 DONNER UNE FESSEE, FRAPPER, TAPER A MAINS NUES 1 2 FRAPPER AVEC CEINTURE, BROSSES, BATON OU AUTRE 1 2 TRAITER D' IDIOT, PARESSEUX OU AUTRE 1 2 FRAPPER/GIFLER SUR LE VISAGE, TETE OU OREILLES 1 2 FRAPPER/TAPER SUR LES MAINS, BRAS OU JAMBES 1 2 BATTRE ET FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE..... 1 2	
UCD3. Vérifier UF4 : Est-ce que le/la répondant(e) est la mère ou le/ la gardien(ne) d' un autre enfant de moins de 5 ans ou d' un enfant de 5-14 ans sélectionné pour le questionnaire enfant de 5-17 ans ?	OUI..... 1 NON..... 2	2 ⇒ UCD5
UCD4. Vérifier UF4 : Est-ce que ce/cette répondant(e) a déjà répondu à la question suivante (UCD5 ou FCD5) pour un autre enfant ?	OUI..... 1 NON..... 2	1 ⇒ Fin

UCD5. Pensez-vous que pour élever ou éduquer correctement un enfant, il est nécessaire qu' il soit puni physiquement ?	OUI..... 1	
	NON 2	
	NSP / PAS D' OPINION 8	

CAPACITES FONCTIONNELLES DE L' ENFANT UCF		
UCF1. VERIFIER UB2: AGE DE L' ENFANT ?	0 OU 1 AN..... 1 2, 3 OU 4 ANS..... 2	1 ⇒ Fin
UCF2. Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur les difficultés que (<i>Nom</i>) peut connaître : (<i>Nom</i>) porte-t-il/elle des lunettes de vue ?	OUI 1 NON..... 2	
UCF3. (<i>Nom</i>) utilise-t-il/elle une prothèse auditive ?	OUI 1 NON..... 2	
UCF4. (<i>Nom</i>) utilise-t-il/elle un équipement ou reçoit-il/elle de l' assistance pour marcher ?	OUI 1 NON..... 2	
UCF5. Pour les questions suivantes, je vous demanderai de répondre en sélectionnant une réponse parmi quatre réponses possibles. Pour chaque question diriez-vous que (<i>nom</i>) a 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) si il/elle ne peut pas du tout faire l' activité. <i>Répéter les catégories en posant les questions individuelles à chaque fois que la répondante n' utilise pas une des catégories de réponse.</i> Rappelez-vous que les 4 réponses possibles sont Diriez-vous que (<i>nom</i>) a : 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) ne peut pas du tout faire l' activité ?		
UCF6. Vérifier UCF2 : Enfant porte des lunettes ?	OUI, UCF2=1 1 NON, UCF2=2..... 2	1 ⇒ UCF7A 2 ⇒ UCF7B
UCF7A. Lorsqu' il/elle porte ses lunettes, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à voir ? UCF7B. (<i>Nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à voir ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT VOIR..... 4	
UCF8. Vérifier UCF3 : Enfant porte une prothèse auditive ?	OUI, UCF3=1 1 NON, UCF3=2..... 2	1 ⇒ UCF9A 2 ⇒ UCF9B
UCF9A. Lorsqu' il/elle utilise sa prothèse auditive, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ? UCF9B. (<i>Nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT ENTENDRE 4	
UCF10. Vérifier UCF4 : Enfant utilise un équipement ou reçoit de l' assistance pour marcher ?	OUI, UCF4=1 1 NON, UCF4=2..... 2	1 ⇒ UCF11 2 ⇒ UCF13
UCF11. Sans son équipement ou sans assistance, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à marcher ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER 4	

UCF12. Avec son équipement ou assistance, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à marcher ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER 4	1⇒UCF14 2⇒UCF14 3⇒UCF14 4⇒UCF14
UCF13. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à marcher ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER 4	
UCF14. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à saisir des petits objets avec sa main ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT SAISIR 4	
UCF15. (<i>Nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à vous comprendre ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT COMPRENDRE 4	
UCF16. Lorsque (<i>nom</i>) parle, avez-vous des difficultés à le/la comprendre ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT ETRE COMPRIS 4	
UCF17. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à apprendre des choses ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT APPRENDRE 4	
UCF18. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à jouer ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT JOUER 4	
UCF19. La prochaine question a 5 options de réponses différentes. Je vais vous les lire après chaque question. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) donne-t-il/elle des coups de pied, mord-il/elle ou frappe-t-il/elle les autres enfants ou les adultes ? Diriez-vous : pas du tout, moins, la même chose, plus ou beaucoup plus ?	PAS DU TOUT 1 MOINS 2 LA MEME CHOSE 3 PLUS 4 BEAUCOUP PLUS 5	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE		BD
BD1. Vérifier UB2: Age de l' enfant ?	0, 1, OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2	2 ⇒ Fin
BD2. Est-ce que (<i>nom</i>) a été allaité ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	2 ⇒ BD3A 8 ⇒ BD3A
BD3. Est-ce que (<i>nom</i>) est toujours allaité ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
BD3A. Vérifier UB2: Age de l' enfant ?	AGE 0 OU 1 AN 1 AGE 2 ANS 2	2 ⇒ Fin
BD4. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu quelque chose au biberon ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
BD5. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu des Sels de Réhydratation Orale ou SRO ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
BD6. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu ou mangé des <u>vitamines ou des suppléments minéraux</u> ou n' importe quel médicament?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
BD7. Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les autres liquides que (<i>nom</i>) pourrait avoir pris hier durant le jour ou la nuit. SVP, inclure aussi tous les liquides consommés en dehors de la maison. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu (<i>nom du breuvage</i>) :		
[A] De l' eau simple ?	EAU SIMPLE	OUI NON NSP 1 2 8
[B] Jus de fruits ou boissons à base de jus de fruits ?	JUS OU BOISSON A BASE DE JUS	1 2 8
[C] Soupe clair ?	BOUILLON CLAIR	1 2 8
[D] Du lait artificiel ou en boîte tel que GUIGOZ, NURSIE, NAN?	LAIT MATERNISE	1 2 ⚡ BD7[E] 8 ⚡ BD7[E] BD7[E]
[D1] Combien de fois (<i>nom</i>) a-t-il bu du lait artificiel ou en boîte ? Si moins de 7, enregistrer le nombre Si 7 fois ou plus, enregistrer ' 7' . Si NSP, enregistrer ' 8' .	NOMBRE DE FOIS BU DU LAIT MATERNISE __	
[E] Du lait d' animal, qu' il soit frais en boîte ou en poudre ?	LAIT	1 2 ⚡ BD7[X] 8 ⚡ BD7[X] BD7[X]

[E1] Combien de fois (nom) a-t-il bu du lait Si moins de 7, <i>enregistrer</i> le nombre Si 7 fois ou plus, <i>enregistrer</i> ' 7' . Si NSP, <i>enregistrer</i> ' 8' .	NOMBRE DE FOIS BU DU LAIT —		
[X] N' importe quels autres liquides ?	AUTRES LIQUIDES <div>128</div> <div>BD8BD8</div>		
[X1] <i>Enregistrer tous les autres liquides mentionnés.</i>	(Préciser)		
BD8. Maintenant je voudrais vous poser des questions sur <u>tout</u> ce que (nom)a mangé hier durant le jour et la nuit. SVP, incluez la nourriture consommée en dehors de votre maison. - Pensez au moment où (nom) s' est réveillé(e) hier. Est-ce qu' il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ? Si 'Oui' <i>demandeur</i> : SVP, dites-moi tout ce que (nom)a mangé à ce moment-là. <i>Insister</i> : Rien d' autre ? <i>Enregistrer les réponses en utilisant les groupes d' aliments ci-dessous.</i> - Qu' est-ce que (nom)a fait après cela ? Est-ce qu' il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ? <i>Répéter cette série de questions, enregistrer les réponses dans les groupes d' aliments jusqu' à ce que le/la répondant(e) vous dise que l' enfant est allé dormir jusqu' au lendemain matin.</i>			
Pour chaque groupe d' aliments non mentionné après avoir fini la question au-dessus, demander : Juste pour être sûre, est-ce que (nom)a mangé (groupe d' aliments) hier durant le jour ou la nuit ?	<div>OUINONNSP</div>		
[A] Du yaourt fait avec du lait d' animal ? <i>Noter que yaourt liquide /à boire doit être capturé à BD7[E] ou à BD7[X] dépendant de contenu du lait .</i>	YAOURT <div>128</div> <div>BD8 [B] BD8 [B]</div>		
[A1] Combien de fois (nom)a t-il/elle mangé du yaourt ? Si moins de 7 <i>enregistrer</i> le nombre Si 7 fois ou plus, <i>enregistrer</i> ' 7' . Si NSP, <i>enregistrer</i> ' 8' .	NOMBRE DE FOIS MANGE YAOURT —		
[B] De la nourriture pour bébé telle que Gerber, Hero, Nestum, bouillie enrichie ?	NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBE <div>128</div>		
[C] Du pain, riz, pâtes, bouillie, ou autres aliments à base de grains	NOURRITURE A BASE DE CEREALES <div>128</div>		
[D] Courge, carotte, citrouille, patate douce qui sont jaune ou orange à l' intérieur ?	COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, ETC. <div>128</div>		
[E] Des pommes de terre, de l' igname, du manioc ou autre nourriture à base de tubercules ?	NOURRITURE A BASE DE TUBERCULES <div>128</div>		
[F] N' importe quels légumes à feuilles vert foncé comme SPIRULINE, MORINGA, HARICOT VERT?	LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE <div>128</div>		
[G] Mangues mures ou des papayes mures ou goyaves mures?	MANGUE MURE, PAPAYE MURE <div>128</div>		
[H] Tout autre fruit et légume, comme banane, épinard, gombo, feuille de haricot?	AUTRE FRUITS OU LEGUMES <div>128</div>		
[I] Du foie, des rognons, du cœur ou autres abats?	ABATS <div>128</div>		
[J] Toute autre viande comme du bœuf, du porc, de l' agneau, de la chèvre, du poulet, du canard ou des saucisses faites de ces viandes ?	AUTRES VIANDES <div>128</div>		
[K] Des œufs?	OEUFS <div>128</div>		

[L] Du poisson ou des crustacés, frais ou séchés ?	POISSON FRAIS OU SECHE	1	2	8
[M] Des haricots, petits pois, lentilles ou noix (arachides, amandes, etc.) y compris toute préparation faite avec ces aliments ?	NOURRITURES A BASE DE HARICOTS, POIS, NOIX, ETC.	1	2	8
[N] Du fromage ou autre aliment fait avec du lait animal ?	FROMAGE OU AUTRE ALIMENT A BASE DE LAIT	1	2	8
[X] Autre aliment solide, semi-solide ou mou ?	AUTRE ALIMENT SOLIDE, SEMI-SOLIDE OU MOU	1	2 \varnothing BD9	8 \varnothing BD9
[X1] <i>Enregistrer tous les aliments solides, semi-solides ou mous qui ne correspondent pas aux groupes d' aliments ci-dessus.</i>	(Préciser) _____			
BD9. Combien de fois (nom) a t-il/elle mangé des aliments solides, semi-solides ou mou hier durant le jour et la nuit ? <i>Si BD8[A] est ' Oui' , s' assurer que les réponses ici incluent le nombre de fois enregistré pour le yaourt en BD8[A1].</i> Si moins de 7 enregistrer le nombre Si 7 fois ou plus, enregistrer ' 7'.	NOMBRE DE FOIS ____ NSP 8			

VACCINATIONS										IM																																																																																																											
IM1. Vérifier UB2: Age de l' enfant ?		0, 1, OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2							2 ⇒ Fin																																																																																																												
IM2. Avez-vous un carnet de vaccinations ou un document d' un centre de santé où les vaccinations de (<i>nom</i>) sont enregistrées ?		OUI, A SEULEMENT UN CARNET/CARTE..... 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT ..2 OUI, A CARNET/CARTE ET AUTRE DOCUMENT3 NON, N' A NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT4							1 ⇒ IM5 3 ⇒ IM5																																																																																																												
IM3. Avez-vous déjà eu un(e)carnet de vaccinations ou un document d' un agent de santé privé pour (<i>nom</i>)?		OUI.....1 NON2																																																																																																																			
IM4. Vérifier IM2:		A SEULEMENT AUTRE DOCUMENT, IM2=2..... 1 NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT DISPONIBLE, IM2=4.....2							2 ⇒ IM11																																																																																																												
IM5. Puis-je voir le carnet/carte (et/ou) l' autre document ?		OUI, CARNET/CARTE SEULEMENT VU 1 OUI, AUTRE DOCUMENT SEULEMENT VU..... 2 OUI, CARNET/CARTE ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT VU 4							4 ⇒ IM11																																																																																																												
IM6. (a) Copier les dates de chaque vaccination à partir de la/le carte/carnet. (b) Ecrire ' 44 ' dans la colonne jour si la/le carte/carnet montre que la vaccination a été donnée mais la date n' est pas enregistrée.		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="8">DATE DE VACCINATION</th> </tr> <tr> <th colspan="2">JOUR</th> <th colspan="2">MOIS</th> <th colspan="4">ANNEE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCG (à la naissance)</td> <td>BCG</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> <tr> <td>Polio (VPO) (à la naissance)</td> <td>VPO0</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> <tr> <td>Polio (VPO) 1 (à 6e semaine)</td> <td>VPO1</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> <tr> <td>Polio (VPO) 2 (à 10e semaine)</td> <td>VPO2</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> <tr> <td>Polio (VPO) 3 (à 14e semaine)</td> <td>VPO3</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> <tr> <td>Polio (VPI) (à 14e semaine)</td> <td>VPI</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> <tr> <td>Pentavalent (DTC /Hib/ HepB) 1 (à la 6e semaine)</td> <td>Penta1</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> <tr> <td>Pentavalent (DTC /Hib/ HepB) 2 (à la 10e semaine)</td> <td>Penta2</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> <tr> <td>Pentavalent (DTC /Hib/ HepB) 3 (à la 14e semaine)</td> <td>Penta3</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td> </tr> </tbody> </table>								DATE DE VACCINATION								JOUR		MOIS		ANNEE				BCG (à la naissance)	BCG					2	0	1		Polio (VPO) (à la naissance)	VPO0					2	0	1		Polio (VPO) 1 (à 6e semaine)	VPO1					2	0	1		Polio (VPO) 2 (à 10e semaine)	VPO2					2	0	1		Polio (VPO) 3 (à 14e semaine)	VPO3					2	0	1		Polio (VPI) (à 14e semaine)	VPI					2	0	1		Pentavalent (DTC /Hib/ HepB) 1 (à la 6e semaine)	Penta1					2	0	1		Pentavalent (DTC /Hib/ HepB) 2 (à la 10e semaine)	Penta2					2	0	1		Pentavalent (DTC /Hib/ HepB) 3 (à la 14e semaine)	Penta3					2	0	1			
DATE DE VACCINATION																																																																																																																					
JOUR		MOIS		ANNEE																																																																																																																	
BCG (à la naissance)	BCG					2	0	1																																																																																																													
Polio (VPO) (à la naissance)	VPO0					2	0	1																																																																																																													
Polio (VPO) 1 (à 6e semaine)	VPO1					2	0	1																																																																																																													
Polio (VPO) 2 (à 10e semaine)	VPO2					2	0	1																																																																																																													
Polio (VPO) 3 (à 14e semaine)	VPO3					2	0	1																																																																																																													
Polio (VPI) (à 14e semaine)	VPI					2	0	1																																																																																																													
Pentavalent (DTC /Hib/ HepB) 1 (à la 6e semaine)	Penta1					2	0	1																																																																																																													
Pentavalent (DTC /Hib/ HepB) 2 (à la 10e semaine)	Penta2					2	0	1																																																																																																													
Pentavalent (DTC /Hib/ HepB) 3 (à la 14e semaine)	Penta3					2	0	1																																																																																																													

Vaccin anti rougeole (à 9 mois)	VAR (ROR)					2	0	1		
Fièvre jaune (à 9 mois)	VAA (FJ)					2	0	1		
Méningite (à 9 mois)	Men A					2	0	1		
IM7. Vérifier IM6 :Tous les vaccins (BCG à VAA) enregistrés ?		OUI..... 1 NON 2								1⇒Fin
IM8. Est-ce que (<i>nom</i>) a participé aux campagnes de vaccination, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l' enfant suivantes : [A] Du 28 au 31 Janvier 2017 campagne POLIO monovalent 2 [B] Du 25 au 28 Mars 2017 campagne POLIO bivalent dans 106 Districts Sanitaires [C] Du 22 au 25 Avril 2017 Campagne organisée dans 108 DS avec le bivalent couplé à la Vit. A et au déparasitage (Mebend/Albend.) [D] Du 28 au 30 Mai 2017 Campagne locale dans 63 DS avec le bivalent (DS de Maro est ajouté après par la DSR/MC) [E] Du 06 au 08 Octobre 2017 Campagne organisée dans 108 DS avec le bivalent couplé à la Vit. A et au déparasitage (Mebend/Albend.) [F] Du 03 au 05 Novembre 2017 Campagne locale de vaccination avec le bivalent [G] 02 au 04 Mars 2018 campagne nationale POLIO organisée dans 118 Districts Sanitaires [H] 06 au 08 Avril 2018 campagne sub-nationale POLIO organisée dans 56 Districts Sanitaires [I] 11 au 13 Mai 2018 Riposte sub-nationale POLIO organisée dans 8 Districts Sanitaires insulaires [J] 25 au 27 Mai 2018 Riposte sub-nationale POLIO organisée dans 8 Districts Sanitaires insulaires [K] 19 au 21 Juin 2018 Riposte sub-nationale POLIO organisée dans 8 Districts Sanitaires insulaires		OUI NON NSP 28 AU 31 JANVIER 2017 CAMPAGNE DE VACCINATION POLIO1 2 8 25 AU 28 MARS 2017 CAMPAGNE DE VACCINATION POLIO1 2 8 22 AU 25 AVRIL 2017 CAMPAGNE DE VACCINATION POLIO, VIT A ET MEBEND/ALBEND.....1 2 8 28 AU 30 MAI 2017 CAMPAGNE DE VACCINATION POLIO1 2 8 06 AU 08 OCTOBRE 2017 CAMPAGNE DE VACCINATION POLIO, VIT A ET MEBEND/ALBEND.....1 2 8 03 AU 05 NOVEMBRE 2017 CAMPAGNE DE VACCINATION POLIO1 2 8 02 AU 04 MARS 2018 CAMPAGNE NATIONALE POLIO1 2 8 06 AU 08 AVRIL 2018 CAMPAGNE SUB-NATIONALE POLIO1 2 8 11 AU 13 MAI 2018 RIPOSTE SUB-NATIONALE POLIO1 2 8 25 AU 27 MAI 2018 RIPOSTE SUB-NATIONALE POLIO1 2 8 19 AU 21 JUIN 2018 RIPOSTE SUB-NATIONALE POLIO1 2 8								

<p>[L] 14 au 17 Septembre 2018 Riposte sub-nationale POLIO organisée dans 8 Districts Sanitaires insulaires</p> <p>[M] 30 Octobre au 05 Novembre 2018 campagne nationale Méningite (MenA) Bloc1</p> <p>[N] 17 au 23 Novembre 2018 campagne sub-nationale Rougeole organisée dans 42 Districts Sanitaires couplée à la supplémentation en vitamine A et le déparasitage dans 37 districts sauf les 5 districts de Ndjamena</p> <p>[O] 17 au 23 Décembre 2018 campagne nationale Méningite (MenA) Bloc2 couplée à la supplémentation en vitamine A et le déparasitage (</p> <p>[P] Du 15 au 17 Février 2019 : Campagne Polio dans 50% des Districts</p> <p>[Q] Du 22 au 24 Mars 2019 : Campagne Polio dans 100% des Districts</p> <p>[R] Du 26 au 28 Avril 2019 : Campagne Polio dans 50% des Districts</p>	<p>14 AU 17 SEPTEMBRE 2018 RIPOSTE SUB-NATIONALE POLIO1 2 8</p> <p>30 OCT. AU 05 NOV. 2018 CAMPAGNE NATIONALE MENINGITE.....1 2 8</p> <p>17 AU 23 NOVEMBRE 2018 CAMPAGNE SUB-NATIONALE ROUGEOLE1 2 8</p> <p>17 AU 23 DECEMBRE 2018 CAMPAGNE NATIONALE MENINGITE.....1 2 8</p> <p>15 AU 17 FEVRIER 2019 CAMPAGNE DE POLIO .1 2 8</p> <p>22 AU 24 MARS 2019 CAMPAGNE DE POLIO1 2 8</p> <p>26 AU 28 AVRIL 2019 CAMPAGNE DE POLIO1 2 8</p>	
<p>IM9. En plus de ce qui est enregistré dans le document que vous nous avez montré, est-ce que (<i>nom</i>) a reçu d' autres vaccinations y compris des vaccinations reçues pendant les campagnes, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l' enfant qu' on vient de mentionner ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒Fin</p> <p>8⇒Fin</p>
<p>IM10. Retourner à IM6 et insister pour ces vaccinations.</p> <p>Enregistrer ' 66' dans la colonne jour correspondante pour chaque vaccin reçu.</p> <p>Pour les vaccinations <u>pas</u> reçues, enregistrer ' 00' .</p> <p>Quand c' est fait, aller à la fin du module.</p>		<p>⇒Fin</p>
<p>IM11. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu des vaccinations pour l' empêcher d' attraper des maladies, y compris des vaccinations reçues pendant des campagnes de vaccination, des journées nationales de vaccination ou journées de santé de l' enfant ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>IM12. Est-ce que (<i>nom</i>) a participé aux campagnes, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l' enfant suivantes :</p>	<p>OUI NON NSP</p>	

[A] Du 28 au 31 Janvier 2017 campagne POLIO monovalent 2	28 AU 31 JANVIER 2017 CAMPAGNE DE VACCINATION POLIO1 2 8	
[B] Du 25 au 28 Mars 2017 campagne POLIO bivalent dans 106 Districts Sanitaires	25 AU 28 MARS 2017 CAMPAGNE DE VACCINATION POLIO1 2 8	
[C] Du 22 au 25 Avril 2017 Campagne organisée dans 108 DS avec le bivalent couplé à la Vit. A et au déparasitage (Mebend/Albend.)	22 AU 25 AVRIL 2017 CAMPAGNE DE VACCINATION POLIO, VIT A ET MEBEND/ALBEND.....1 2 8	
[D] Du 28 au 30 Mai 2017 Campagne locale dans 63 DS avec le bivalent (DS de Maro est ajouté après par la DSR/MC)	28 AU 30 MAI 2017 CAMPAGNE DE VACCINATION POLIO1 2 8	
[E] Du 06 au 08 Octobre 2017 Campagne organisée dans 108 DS avec le bivalent couplé à la Vit. A et au déparasitage (Mebend/Albend.)	06 AU 08 OCTOBRE 2017 CAMPAGNE DE VACCINATION POLIO, VIT A ET MEBEND/ALBEND.....1 2 8	
[F] Du 03 au 05 Novembre 2017 Campagne locale de vaccination avec le bivalent	03 AU 05 NOVEMBRE 2017 CAMPAGNE DE VACCINATION POLIO1 2 8	
[G] 02 au 04 Mars 2018 campagne nationale POLIO organisée dans 118 Districts Sanitaires	02 AU 04 MARS 2018 CAMPAGNE NATIONALE POLIO1 2 8	
[H] 06 au 08 Avril 2018 campagne sub-nationale POLIO organisée dans 56 Districts Sanitaires	06 AU 08 AVRIL 2018 CAMPAGNE SUB-NATIONALE POLIO1 2 8	
[I] 11 au 13 Mai 2018 Riposte sub-nationale POLIO organisée dans 8 Districts Sanitaires insulaires	11 AU 13 MAI 2018 RIPOSTE SUB-NATIONALE POLIO1 2 8	
[J] 25 au 27 Mai 2018 Riposte sub-nationale POLIO organisée dans 8 Districts Sanitaires insulaires	25 AU 27 MAI 2018 RIPOSTE SUB-NATIONALE POLIO1 2 8	
[K] 19 au 21 Juin 2018 Riposte sub-nationale POLIO organisée dans 8 Districts Sanitaires insulaires	19 AU 21 JUIN 2018 RIPOSTE SUB-NATIONALE POLIO1 2 8	
[L] 14 au 17 Septembre 2018 Riposte sub-nationale POLIO organisée dans 8 Districts Sanitaires insulaires	14 AU 17 SEPTEMBRE 2018 RIPOSTE SUB-NATIONALE POLIO1 2 8	
[M] 30 Octobre au 05 Novembre 2018 campagne nationale Méningite (MenA) Bloc1	30 OCT. AU 05 NOV. 2018 CAMPAGNE NATIONALE MENINGITE.....1 2 8	
[N] 17 au 23 Novembre 2018 campagne sub-nationale Rougeole organisée dans 42 Districts Sanitaires couplée à la supplémentation en vitamine A et le déparasitage dans 37 districts sauf les 5 districts de Ndjamena	17 AU 23 NOVEMBRE 2018 CAMPAGNE SUB-NATIONALE ROUGEOLE1 2 8	

<p>[O] 17 au 23 Décembre 2018 campagne nationale Méningite (MenA) Bloc2 couplée a la supplémentation en vitamine A et le déparasitage (</p> <p>[P] Du 15 au 17 Février 2019 : Campagne Polio dans 50% des Districts</p> <p>[Q] Du 22 au 24 Mars 2019 : Campagne Polio dans 100% des Districts</p> <p>[R] Du 26 au 28 Avril 2019 : Campagne Polio dans 50% des Districts</p>	<p>17 AU 23 DECEMBRE 2018 CAMPAGNE NATIONALE MENINGITE.....1 2 8</p> <p>15 AU 17 FEVRIER 2019 CAMPAGNE DE POLIO .1 2 8</p> <p>22 AU 24 MARS 2019 CAMPAGNE DE POLIO1 2 8</p> <p>26 AU 28 AVRIL 2019 CAMPAGNE DE POLIO1 2 8</p>	
IM13. Vérifier IM11 et IM12:	<p>TOUT NON OU NSP1</p> <p>AU MOINS UN OUI2</p>	1 ⇒ Fin
IM14. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose – c’ est-à-dire une injection faite dans le bras ou l’ épaule et qui laisse habituellement une cicatrice ?	<p>OUI.....1</p> <p>NON2</p> <p>NSP8</p>	
<p>IM16. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu un vaccin sous forme de gouttes dans la bouche pour le/la protéger contre la polio ?</p> <p><i>Insister en indiquant que la première goutte est généralement donnée à la naissance et les autres en même temps que des injections contre d’ autres maladies.</i></p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON2</p> <p>NSP8</p>	<p>2 ⇒ IM20</p> <p>8 ⇒ IM20</p>
IM17. Est-ce que les premières gouttes de Polio ont été données dans les 2 premières semaines après la naissance ?	<p>OUI.....1</p> <p>NON2</p> <p>NSP8</p>	
IM18. Combien de fois les gouttes de Polio ont été données ?	<p>NOMBRE DE FOIS__</p> <p>NSP8</p>	
<p>IM19. La dernière fois que (<i>nom</i>) a reçu des gouttes de Polio, est-ce qu’ il/elle a également reçu une injection pour le/la protéger contre la Polio ?</p> <p><i>Insister pour s’ assurer que les deux, gouttes et injection, ont été données.</i></p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON2</p> <p>NSP8</p>	
<p>IM20. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin Pentavalent– c’ est-à-dire une injection dans la cuisse pour l’ empêcher d’ attraper le tétanos, la coqueluche, la diphtérie, l’ hépatite B et l’ Haemophilus influenzae de type b ?</p> <p><i>Insister en indiquant que le vaccin Pentavalent est parfois donné en même temps que les gouttes de Polio.</i></p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON2</p> <p>NSP8</p>	<p>2 ⇒ IM26</p> <p>8 ⇒ IM26</p>
IM21. Combien de fois le vaccin Pentavalent a été donné ?	<p>NOMBRE DE FOIS__</p> <p>NSP8</p>	

IM26. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin VAR(ROR) – c’ est-à-dire une injection dans le bras à l’ âge de 9 mois ou plus pour l’ empêcher d’ attraper la rougeole, les oreillons et la rubéole ?	OUI.....1 NON2 NSP8	2⇒IM27 8⇒IM27
IM26A. Combien de fois le vaccin VAR (ROR) a été donné ?	NOMBRE DE FOIS..... NSP8	
IM27. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin contre la fièvre jaune (VAA) – c’ est-à-dire une injection dans le bras à l’ âge de 9 mois ou plus - pour l’ empêcher d’ attraper la fièvre jaune ? <i>INSISTER en indiquant que le vaccin contre la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le ROR.</i>	OUI1 NON2 NSP8	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
CA1. Est-ce que (<i>nom</i>) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI.....1 NON2 NSP8	2 ⇒ CA14 8 ⇒ CA14
CA2. Vérifier BD3: Est-ce que l' enfant est toujours allaité ?	OUI OU BLANC, BD3=1 OU BLANC.....1 NON OU NSP, BD3=2 OU 8.....2	1 ⇒ CA3A 2 ⇒ CA3B
CA3A. Je voudrais savoir quelle quantité de liquides à boire a été donnée à (<i>nom</i>) durant sa diarrhée. Ceci inclut le lait maternel, les Sels de Réhydratation Orale (SRO) et les autres liquides donnés avec des médicaments. Pendant que (<i>nom</i>) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à boire moins que d' habitude, environ la même quantité ou plus que d' habitude ? <i>Si 'moins' , insister :</i> Est-ce qu' il/elle a reçu beaucoup moins à boire que d' habitude, ou un peu moins à boire que d' habitude ? CA3B. Je voudrais savoir quelle quantité de liquides à boire a été donnée à (<i>nom</i>) durant sa diarrhée. Ceci inclut les Sels de Réhydratation Orale (SRO) et les autres liquides donnés avec des médicaments. Pendant que (<i>nom</i>) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à boire moins que d' habitude, environ la même quantité ou plus que d' habitude ? <i>Si ' moins' , insister :</i> Est-ce qu' il/elle a reçu beaucoup moins à boire que d' habitude, ou un peu moins à boire que d' habitude ?	BEAUCOUP MOINS.....1 UN PEU MOINS.....2 A PEU PRES LA MEME CHOSE.....3 PLUS4 RIEN A BOIRE.....5 NSP8	
CA4. Pendant que (<i>nom</i>) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à manger moins que d' habitude, environ la même quantité, plus que d' habitude ou rien à manger ? <i>Si 'moins' , insister :</i> Est-ce qu' il/elle a reçu beaucoup moins à manger que d' habitude, ou un peu moins à manger que d' habitude ?	BEAUCOUP MOINS.....1 UN PEU MOINS.....2 A PEU PRES LA MEME CHOSE.....3 PLUS4 A STOPPE L' ALIMENTATION.....5 N' A JAMAIS DONNE A MANGER.....7 NSP8	
CA5. Avez-vous recherché des conseils ou un traitement contre la diarrhée de n' importe quelle source ?	OUI.....1 NON2 NSP8	2 ⇒ CA7 8 ⇒ CA7

<p>CA6. Où avez-vous cherché des conseils ou un traitement ?</p> <p><i>Insister : quelque part d' autre ?</i></p> <p><i>Enregistrer tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</i></p> <p><i>Insister pour identifier chaque type de fournisseur.</i></p> <p><i><u>Si ce n' est pas possible de déterminer si l' endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l' endroit et enregistrer temporairement W jusqu' à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l' endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL..... A CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL B POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL . C AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE... D CLINIQUE MOBILE/STRATEGIE AVANCEE E AUTRE MEDICAL PUBLIC (préciser) _____ H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITALPRIVE / CLINIQUE..... I MEDECIN PRIVE J PHARMACIEPRIVEE..... K AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL)..... L CLINIQUE MOBILE M AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser)_____ O</p> <p>AUTRE SOURCE FAMILLE/AMIS..... P BOUTIQUE/MARCHE/RUE Q PRATICIEN TRADITIONNEL..... R</p> <p>AUTRE (préciser) _____ X</p> <p>NSP/NE SE RAPPELLE PAS..... Z</p>	
<p>CA7. Quand (<i>nom</i>) a eu la diarrhée est-ce qu' il a eu :</p> <p>[A] Une SRO faite à partir d' un sachet spécial appelé Orasel, Amasel ou RESOMAL ?</p> <p>[B] Un liquide de SRO déjà préparé ?</p> <p>[C] Du Zinc en comprimés ou en sirop ?</p> <p>[D] EAU SALEE SUCREE ?</p> <p>[E] EAU DE RIZ ?</p> <p>[F] BOUILLON DE CAROTTE ?</p> <p>[G] BOUILLIE LEGERE A BASE DE CEREALE (mil, sorgho, maïs etc..) ?</p> <p>[H] EAU DE FEUILLE DE GOYAVIER ?</p>	<p style="text-align: right;">OUI NON NSP</p> <p>SACHET DE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO DEJA PREPARE..... 1 2 8</p> <p>ZINC COMPRIMES OU SIROP 1 2 8</p> <p>EAU SALEE SUCREE 1 2 8</p> <p>EAU DE RIZ..... 1 2 8</p> <p>BOUILLON DE CAROTTE 1 2 8</p> <p>BOUILLIE LEGERE A BASE DE CEREALE 1 2 8</p> <p>EAU DE FEUILLE DE GOYAVIER 1 2 8</p>	
<p>CA8. Vérifier CA7[A] et CA7[B]: Est-ce que l' enfant a reçu n' importe quel type de SRO ?</p>	<p>OUI, OUIEN CA7[A] OU CA7[B]..... 1</p> <p>NON, ' NON' OU 'NSP' ACA7[A] ET CA7[B] 2</p>	<p>2 → CA10</p>

<p>CA9. Où avez-vous eu le (SRO mentionné en CA7[A] et/ou en CA7[B]) ?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si 'l' avait déjà à la maison' , insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><i>Si ce n' est pas possible de déterminer si l' endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l' endroit et enregistrer temporairement W jusqu' à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l' endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL..... A</p> <p>CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL..... B</p> <p>POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL . C</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE... D</p> <p>CLINIQUE MOBILE/ STRATEGIE AVANCEE E</p> <p>AUTRE MEDICAL PUBLIC (Préciser) _____ H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUE..... I</p> <p>MEDECIN PRIVE J</p> <p>PHARMACIE PRIVEE..... K</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL) L</p> <p>CLINIQUE MOBILE M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser) _____ O</p> <p>NSP PUBLIC OU PRIVE W</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE/AMIS..... P</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE/RUE Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL..... R</p> <p>AUTRE (préciser) _____ X</p> <p>NSP/NE SE RAPPELLE PAS..... Z</p>	
<p>CA10. Vérifier CA7[C]: Est-ce que l' enfant a reçu du zinc?</p>	<p>OUI, CA7[C]=1..... 1</p> <p>NON, CA7[C] ≠1 2</p>	<p>2 ⇒ CA12</p>

<p>CA11. Où avez-vous eu le zinc ?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si 'l'avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l' endroit et enregistrer temporairement W jusqu' à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l' endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL..... A</p> <p>CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL B</p> <p>POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL . C</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE... D</p> <p>CLINIQUE MOBILE/ STRATEGIE AVANCEE E</p> <p>AUTRE MEDICAL PUBLIC (Préciser) _____ H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUE..... I</p> <p>MEDECIN PRIVE J</p> <p>PHARMACIE PRIVEE..... K</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL) L</p> <p>CLINIQUE MOBILE M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (Préciser) _____ O</p> <p>NSP PUBLIC OU PRIVE W</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE/AMIS..... P</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE/RUE Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL..... R</p> <p>AUTRE (préciser) _____ X</p> <p>NSP / NE SE RAPPELLE PAS..... Z</p>	
<p>CA12. Est-ce que quelque chose d' autre a été donné pour traiter la diarrhée ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒ CA14</p> <p>8 ⇒ CA14</p>
<p>CA13. Qu' est-ce qui a été donné en plus pour traiter la diarrhée ?</p> <p><i>Insister :</i></p> <p>Rien d' autre ?</p> <p><i>Enregistrer tous les traitements donnés. Ecrire le nom/marque de tous les médicaments donnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom/marque)</p> <p>_____</p> <p>(Nom/marque)</p>	<p>COMPRIMES OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE..... A</p> <p>ANTIMOTILITE (ANTI-DIARRHEIQUE) ... B</p> <p>ZINC C</p> <p>AUTRE COMPRIME OU SIROP..... G</p> <p>COMPRIME OU SIROP INCONNU H</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE..... L</p> <p>PAS ANTIBIOTIQUE M</p> <p>INJECTION INCONNUE..... N</p> <p>INTRAVEINEUSE (IV) O</p> <p>REMEDE MAISON/ HERBE MEDICINALE .. Q</p> <p>AUTRE (préciser) _____ X</p>	
<p>CA14. A n' importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) a été malade avec de la fièvre ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒ CA16</p> <p>8 ⇒ CA16</p>

CA15. A n'importe quel moment durant sa maladie, est-ce que (<i>nom</i>) a eu du sang prélevé au bout de son doigt ou au talon pour effectuer un test ?	OUI.....1 NON2 NSP8	
CA16. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (<i>nom</i>) a eu une maladie avec de la toux ?	OUI.....1 NON2 NSP8	
CA17. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (<i>nom</i>) a eu une respiration rapide et forte ou des difficultés à respirer ?	OUI.....1 NON2 NSP8	2 ⇨ CA19 8 ⇨ CA19
CA18. La respiration rapide ou les difficultés respiratoires étaient-elles dues à un problème de bronches, ou à un nez bouché ou qui coulait ?	PROBLEMES DANS LA POITRINE SEULEMENT1 NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT.....2 LES DEUX.....3 AUTRE (préciser) 6 NSP8	1 ⇨ CA20 2 ⇨ CA20 3 ⇨ CA20 6 ⇨ CA20 8 ⇨ CA20
CA19. Vérifier CA14: est-ce que l'enfant a eu de la fièvre ?	OUI, CA14=11 NON OU NSP, CA14=2 OU 8.....2	2 ⇨ CA30
CA20. Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie quelque part ?	OUI.....1 NON2 NSP8	2 ⇨ CA22 8 ⇨ CA22

<p>CA21. Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?</p> <p><i>Insister : Quelque part d' autre ?</i></p> <p><i>Enregistrer tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</i></p> <p><i>Insister pour identifier chaque type de fournisseur.</i></p> <p><i><u>Si ce n' est pas possible de déterminer si l' endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l' endroit et enregistrer temporairement W jusqu' à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l' endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL..... A CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL B POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL . C AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE... D CLINIQUE MOBILE/ STRATEGIE AVANCEE..... E AUTRE MEDICAL PUBLIC (Preciser) _____ H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE / CLINIQUE..... I MEDECIN PRIVE J PHARMACIE PRIVEE..... K AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL)..... L CLINIQUE MOBILE M AUTRE MEDICAL PRIVE (Preciser) _____ O NSP PUBLIC OU PRIVE W</p> <p>AUTRE SOURCE FAMILLE/AMIS..... P BOUTIQUE/MARCHE/RUE Q PRATICIEN TRADITIONNEL..... R</p> <p>AUTRE (preciser) _____ X</p> <p>NSP/NE SE RAPPELLE PAS..... Z</p>	
<p>CA22. A n' importe quel moment de sa maladie, est-ce que (nom) a reçu un médicament pour cette maladie ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇒ CA30 8 ⇒ CA30</p>

<p>CA23. Quel médicament (<i>nom</i>) a t-il/elle reçu ?</p> <p><i>Insister:</i> Rien d' autre ?</p> <p><u>Si impossible de déterminer le type de médicament,</u> noter le nom / la marque et enregistrer temporairement W jusqu' à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nom/marque)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nom/marque)</p>	<p>ANTI-PALUDIQUES</p> <p>COMBINAISON THERAPEUTIQUE</p> <p> A BASE D' ARTEMISININE (CTA) A</p> <p>SP / FANSIDAR..... B</p> <p>CHLOROQUINE C</p> <p>AMODIAQUINE D</p> <p>QUININE</p> <p> EN COMPRIMES E</p> <p> EN INJECTION/IV F</p> <p>ARTESUNATE</p> <p> EN SUPPOSITOIRE G</p> <p> AUTRE INJECTION/IV H</p> <p>AUTREANTI-PALUDIQUE</p> <p>(Préciser) K</p> <p>ANTIBIOTIQUES</p> <p>AMOXICILLIN L</p> <p>COTRIMOXAZOLE..... M</p> <p>AUTRES COMPRIMES AU SIROP</p> <p> ANTIBIOTIQUE N</p> <p>AUTREINJECTION/IV</p> <p> ANTIBIOTIQUE..... O</p> <p>AUTREMEDICAMENTS</p> <p>PARACETAMOL/PANADOL/</p> <p> ACETAMINONPHEN R</p> <p>ASPIRINE S</p> <p>IBUPROFEN T</p> <p>SEULEMENT NOM DE MARQUE</p> <p> ENREGISTRÉ..... W</p> <p>AUTRE(préciser) X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>CA24. Vérifier CA23: Antibiotiques mentionnés ?</p>	<p>OUI, ANTIBIOTIQUES MENTIONNES,</p> <p> CA23=L-O..... 1</p> <p>NON, ANTIBIOTIQUES PAS</p> <p> MENTIONNES 2</p>	<p>2 ⇒ CA26</p>

<p>CA25. Où avez-vous obtenu (<i>NOM DU MEDICAMENT DE CA23, CODES LA O</i>) ?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si ‘ l’ avait déjà à la maison’ , insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><i>Si ce n’ est pas possible de déterminer si l’ endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l’ endroit et enregistrer temporairement W jusqu’ à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l’ endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL..... A</p> <p>CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL B</p> <p>POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL . C</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE... D</p> <p>CLINIQUE MOBILE/ STRATEGIE AVANCEE E</p> <p>AUTRE MEDICAL PUBLIC (Préciser) _____ H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUE..... I</p> <p>MEDECIN PRIVE J</p> <p>PHARMACIE PRIVEE..... K</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL) L</p> <p>CLINIQUE MOBILE M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (Préciser) _____ O</p> <p>NSP PUBLIC OU PRIVE W</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE/AMIS..... P</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE/RUE Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL..... R</p> <p>AUTRE (préciser) _____ X</p> <p>NSP / NE SE RAPPELLE PAS Z</p>	
<p>CA26. Vérifier CA23: Antipaludéens mentionnés ?</p>	<p>OUI, ANTIPALUDEENS MENTIONNES, CA23=A-K 1</p> <p>NON, ANTIPALUDEENS PAS MENTIONNES2</p>	<p>2 ⇒CA30</p>

<p>CA27. Ou avez-vous obtenu (<i>NOM DU MEDICAMENT DE CA23, CODES A A K</i>) ?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si ‘ l’ avait déjà à la maison’ , insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><i>Si ce n’ est pas possible de déterminer si l’ endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l’ endroit et enregistrer temporairement W jusqu’ à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l’ endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL..... A CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL..... B POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL . C AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE... D CLINIQUE MOBILE/ STRATEGIE AVANCEE E AUTRE MEDICAL PUBLIC (Preciser) _____ H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE / CLINIQUE..... I MEDECIN PRIVE J PHARMACIE PRIVEE..... K AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL) L CLINIQUE MOBILE M AUTRE MEDICAL PRIVE (Preciser) _____ O NSP PUBLIC OU PRIVE W</p> <p>AUTRE SOURCE FAMILLE/AMIS..... P BOUTIQUE/MARCHE/RUE Q PRATICIEN TRADITIONNEL..... R</p> <p>AUTRE (preciser) _____ X NSP / NE SE RAPPELLE PAS Z</p>	
<p>CA28. Vérifier CA23: Plus qu’ un antipaludéen enregistré dans les codes A à K?</p>	<p>OUI, PLUSIEURS ANTIPALUDEENS MENTIONNES 1 NON, SEULEMENT UN ANTIPALUDEEN MENTIONNE 2</p>	<p>1 ⇨ CA29A 2 ⇨ CA29B</p>
<p>CA29A. Combien de temps après le début de la fièvre (<i>nom</i>) a-t-il/elle commencé à prendre le premier de (<i>NOM DE TOUS LES ANTIPALUDEENS ENREGISTRES A CA23, CODES A A K</i>) ?</p> <p>CA29B. Combien de temps après le début de la fièvre (nom) a-t-il/elle commencé à prendre le (<i>NOM DE L’ ANTIPALUDEEN ENREGISTRE A CA23, CODES A A K</i>)?</p>	<p>MEME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE..... 2 3 JOURS OU PLUS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE..... 3 NSP 8</p>	
<p>CA30. Vérifier UB2: Age de l’ enfant ?</p>	<p>0, 1 OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2</p>	<p>2 ⇨ Fin</p>

CA31. La dernière fois que (<i>nom</i>) a déféqué, qu' est-ce qui a été fait pour se débarrasser des selles ?	ENFANT A UTILISE LES TOILETTES/LATRINES.....01 MIS/JETE DANS LES TOILETTES/ LATRINES.....02 MIS/ JETE DANS LA FOSSE OU RIGOLE ...03 JETE DANS LES ORDURES (DECHETS SOLIDES)04 ENTERRE05 LAISSE A L' AIR LIBRE.....06 AUTRE (préciser) _____ 96 NSP98	
UF11. Enregistrer l' heure.	HEURES ET MINUTES__ __ : __ __	
UF12. Langue du questionnaire.	FRANCAIS 1	
UF13. Langue de l' entretien.	FRANÇAIS1 ARABE TCHADIEN2 SAR3 GORANE4 KANEMBOU5 MABA/OUADDAI6 MOUNDANG7 MASSA8 PEUL9 LELE10 TOUPOURI11 NGAMBAYE12 ZAGHAWA.....13 AUTRE (à préciser)_____96	
UF14. Langue maternelle du/de le/la répondant(e).	FRANÇAIS1 ARABE TCHADIEN2 SAR3 GORANE4 KANEMBOU5 MABA/OUADDAI6 MOUNDANG7 MASSA8 PEUL9 LELE10 TOUPOURI11 NGAMBAYE12 ZAGHAWA.....13 AUTRE (à préciser)_____96	
UF15. Est-ce qu' un traducteur a été utilisé pour n' importe quelle partie de ce questionnaire?	OUI, QUESTIONNAIRE ENTIER 1 OUI, PARTIES DU QUESTIONNAIRE 2 NON, PAS UTILISE 3	

UF16. Dire au/à la répondant(e) que vous devez mesurer et peser l' enfant avant de partir du ménage et qu' un(e) collègue viendra s' en occuper avec vous. Préparer la FICHE DU MODULE ANTHROPOMETRIE pour cet enfant et compléter le panneau d' information sur cette fiche.

Vérifier les colonnes HL10 et HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE : Est-ce que le/la répondante est la mère/gardien(ne) d' un autre enfant de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?

☐ Oui ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D' INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer ' 01' . Puis aller au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS à administrer à le/la même répondant(e).

☐ Non ⇒ Vérifier HL6 et colonne HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE : Est-ce que le/la répondant(e) est la mère/gardien(ne) d' un enfant de 5-17 ans sélectionné pour le Questionnaire Enfant de 5-17 ans dans ce ménage ?

☐ OUI ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D' INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer ' 01' . Puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANT DE 5-17 ANS à administrer à le/la même répondante.

☐ NON ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D' INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer ' 01' . Puis finir l' interview avec ce/cette répondant(e) en le/la remerciant pour sa coopération. Vérifier s' il y a d' autres questionnaires à administrer dans ce ménage.

OBSERVATIONS DE L' ENQUETRICE

OBSERVATIONS DU CHEF D' EQUIPE

PANNEAU D' INFORMATION MODULE ANTHROPOMETRIE		AN
AN1. Numéro de grappe : _____	AN2. Numéro du ménage: _____	
AN3. Nom et numéro de ligne de l' enfant : NOM _____	AN4. Age de l' enfant à UB2 : AGE (EN ANNEES REVOLUES)..... _____	
AN5. Nom et numéro de ligne de la mère / gardien(ne) : NOM _____	AN6. Nom et Code de l' enquêtrice : NOM _____	

ANTHROPOMETRIE		
AN7. Nom et code du mesureur :	NOM _____	
AN8. Enregistrer le résultat de la mesure du poids tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s' assurer qu' il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>	KILOGRAMMES (KG)..... _____ , _____ ENFANT PAS PRESENT 99.3 ENFANT REFUS 99.4 REPONDANTE REFUSE 99.5 AUTRE (préciser) _____ 99.6	99.3 ⇨ AN13 99.4 ⇨ AN10 99.5 ⇨ AN10 99.6 ⇨ AN10
AN9. Est-ce que l' enfant a été déshabillé jusqu' au minimum?	OUI 1 NON, L' ENFANT N' A PAS PU ETRE DESHABILLE AU MINIMUM 2	
AN10. Vérifier AN4: Age de l' enfant ?	0 OU 1 AN 1 2, 3 OU 4 ANS 2	1 ⇨ AN11A 2 ⇨ AN11B
AN11A. L' enfant a moins de 2 ans et doit être mesuré couché. Enregistrer le résultat de la mesure de la longueur tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s' assurer qu' il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>	LONGUEUR / TAILLE (CM) _____ , _____ ENFANT NON PRESENT 999.3 ENFANT REFUSE 999.4 REPONDANTE REFUSE 999.5 AUTRE (préciser) _____ 999.6	999.3 ⇨ AN13 999.4 ⇨ AN13 999.5 ⇨ AN13 999.6 ⇨ AN13
AN11B. L' enfant a au moins 2 ans et doit être mesuré debout. Enregistrer le résultat de la mesure de la taille tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s' assurer qu' il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>	POIDS NON MESURE 999.9	999.9 ⇨ AN13
AN12. Comment est-ce que l' enfant a été mesuré ? Couché ou debout ?	COUCHE 1 DEBOUT 2	
AN13. Date d' aujourd' hui : Jour/ Mois / Année : _____ / _____ / <u>201</u> _____		
AN14. Est-ce qu' il y a un autre enfant de moins de 5 ans dans ce ménage qui n' a pas encore été mesuré ?	OUI 1 NON 2	1 ⇨ Enfant suivant
AN15. Remercier la répondante pour sa coopération et informer votre chef d' équipe que le mesureur et vous, avez fini toutes les mesures de ce ménage.		

OBSERVATIONS DE L' ENQUETRICE SUR LE MODULE ANTHROPOMETRIE

OBSERVATIONS DU MESUREUR SUR LE MODULE ANTHROPOMETRIE
--

OBSERVATIONS DU CHEF D' EQUIPE SUR LE MODULE ANTHROPOMETRIE
--