

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix- Travail- Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

INSTITUT NATIONAL DE LA
STATISTIQUE

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

ENQUETE SUR LES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES POPULATION EN MATIERE DE VACCINATION AU CAMEROUN EN 2011 : CAP 2011

QUESTIONNAIRE

IDENTIFICATION DU MENAGE : ID

ID1. REGION..... |__|__|

ID2. DEPARTEMENT..... |__|__|

ID3. ARRONDISSEMENT.....|__|__|__|

ID4. VILLAGE/QUARTIER DE VILLE/LOCALITE

.....

ID5. MILIEU DE RESIDENCE :|__|

1. *Urbain* 2. *Rural*

ID6. NUMERO SEQUENTIEL DE LA ZD.....|__|__|__|

ID7. NUMERO DE MENAGE DANS LA ZD :|__|__|__|

ID8. NOM DU CHEF DE MENAGE :

.....

RENSEIGNEMENT SUR LA COLLECTE : RC

RC1. CODE DE L'ENQUETEUR :|__|__|

RC2. CODE DU CONTROLEUR :|__|__|

RC3. JOUR/MOIS/ANNEE DE L'INTERVIEW : |__|__| / |__|__| / |__|__| 2 | 0 | 1 | 1 |

RC4. DUREE DE L'INTERVIEW (en minutes): |__|__|__|

Après avoir terminé l'interview dans le ménage, remplissez les informations suivantes :

RC5. RESULTAT DE L'INTERVIEW:|__|

- 1=Entièrement rempli
- 2=Partiellement rempli
- 3=Pas à la maison/absent
- 4=Refusé
- 6=Autre à préciser.....

RC6. NOM ET N° LIGNE DU PRINCIPAL REpondant POUR LE MENAGE :

Nom _____ N° Ligne |__|__|

RC7 NOMBRE TOTAL DES MEMBRES DU MENAGE : |__|__|

RC8. NOMBRE D'ENFANTS DE 0-24 MOIS : |__|__|

RC9. NOMBRE D'ENFANTS DE 0-6 MOIS : |__|__|

RENSEIGNEMENT SUR LA SAISIE : RS

RS1. CODE AGENT DE SAISIE : |__|__|

RS3. DATE DE SAISIE : |__|__| / |__|__| / |__|__| 2 | 0 | 1 | 1 |

STRICTEMENT CONFIDENTIEL ET A BUT NON FISCAL

Les informations collectées au cours de cette enquête sont strictement confidentielles au terme de la loi N° 91/023 du 16 décembre 1991 sur les Recensements et Enquêtes Statistiques qui stipule en son article 5 que « les renseignements individuels d'ordre économique ou financier figurant sur tout questionnaire d'enquête statistique ne peuvent en aucun cas être utilisés à des fins de contrôle ou de répression économique ».

ENREGISTREMENT ET CARACTERISTIQUES DES MEMBRES DU MENAGE : CM

POUR COMMENCER, S'IL VOUS PLAÎT, DITES-MOI LE NOM DE CHAQUE PERSONNE QUI VIT HABITUELLEMENT DANS CE MENAGE, EN COMMENÇANT PAR LE CHEF DE MENAGE.

Enregistrer le chef de ménage à la ligne 01.

Enregistrer ensuite tous les membres du ménage (CM2), leur relation avec le chef de ménage (CM3), et leur sexe (CM4).

Ensuite poser: Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI, MEME SI ELLES NE SONT PAS ACTUELLEMENT A LA MAISON? (CELLES-CI PEUVENT COMPRENDRE LES ENFANTS A L'ECOLE OU AU TRAVAIL).

SI OUI, COMPLETER LA LISTE. ENSUITE, POSER LES QUESTIONS EN COMMENÇANT PAR CM5 POUR CHAQUE PERSONNE A LA FOIS.

INFORMATIONS SOCIO DEMOGRAPHIQUES		SURVIE DES PARENTS DES ENFANTS DE MOINS DE 2 ANS CES QUESTIONS NE S'ADRESSENT QU'AUX ENFANTS DE MOINS DE 2 ANS	EDUCATION (Vérifiez si âgé de 2 ans ou +)	ACTIVITE (Vérifiez si âgé de 10 ans ou +)
-----------------------------------	--	---	--	--

CM1. N°. de ligne.	CM2. Nom et prénom	CM3. Quel est le lien de parenté de (nom) avec le chef de ménage?	CM4. (NOM) est-il/ elle de sexe masculin ou féminin ?	CM5. Quel âge a (nom) ? ou Quel âge avait (nom) à son dernier anniversaire? <i>Enregistrer en années révolues</i>	CM5A. SI ENFANT DE 0 A 2 ANS, DONNEZ L'AGE EN MOIS	CM6. Est-ce que (Nom) est marie ?	CM8. <i>Encerclez le numéro de ligne si l'enfant est âgé de moins de 2 ans</i>	CM9. <i>Pour chaque enfant de < de 2 ans :</i> Qui est la mère ou la principale personne qui prend soin de cet enfant?	CM10. Est-ce que la mère biologique de (nom) est toujours en vie ?	CM11. <i>Si en vie :</i> Est-ce que la mère biologique de (nom) vit dans ce ménage?	CM12. Est-ce que le père biologique de (nom) est toujours en vie ?	CM13. <i>Si en vie :</i> Est-ce que le père biologique de (nom) vit dans ce ménage?	CM14. (Nom) a-t-il/ elle fréquenté l'école ou l'école maternelle?	CM15. plus haut niveau d'études que (nom) a atteint?	CM16. QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE (nom) A ACHEVEE A CE NIVEAU ?	CM17 . Qu'a fait (nom) depuis les sept derniers jours ? <i>Si modalités 10 à 17 ↗</i>	CM18. Quel a été son statut dans l'emploi
ligne	nom	rel.	m f	âge	âge	code	< 2 ans	mère	code	mère		père	frequent	niveau	classe	activité	statut
01		01					01										
02							02										
03							03										
04							04										
05							05										
06							06										
07							07										
08							08										
09							09										
10							10										
11							10										
12							10										
13							10										

LIEN DE PARENTE AVEC LE CHEF DE MENAGE (CM3)		ETAT MATRIMONIAL (CM6)	NIVEAU D'ETUDE (CM15)	CODE DERNIERE CLASSE (CM16)		SITUATION D'ACTIVITE (CM17)		STATUT DANS EMPLOI (CM18)
						1. N'A PAS TRAVAILLE	2. A TRAVAILLE PRINCIPALEMENT DANS	
01. Chef de ménage (CM) 02. Conjoint CM 03. Enfant CM 04. Gendre / Belle-fille CM 05. Petit-fils / Petite fille CM 06. Père/mère du CM 07. Beau-père/Belle-mère 08. Frère ou Sœur CM	09. Beau-frère ou Belle-sœur 10. Oncle/tante 11. Nièce/Neveu 12. Nièce/Neveu par mariage 13. Autres parents 14. Enfant adopté/en garde/Enfant du conjoint 15. Coépouse 16. Sans lien de parenté	0. Célibataire/Jamais marié 1. Marié(e) monogame 2. Marié(e) polygame 3. Union libre/Concubinage 4. Divorcé(e)/Séparé(e) 5. Veuf (ve) 8. NSP	1. Maternelle 2. Primaire incomplet 3. Primaire complet 4. Secondaire Incomp 5. Secondaire Comple. 6. Supérieur 7. Programme non-formel 8. NSP	00. Maternelle 01. 1 ^{ère} Année PR 02. 2 ^{ème} Année PR 03. 3 ^{ème} Année PR 04. 4 ^{ème} Année PR 05. 5 ^{ème} Année PR 06. 6 ^{ème} Année PR 07. 1 ^{ère} Année Sdaire 08. 2 ^{ème} Année Sdaire 09. 3 ^{ème} Année Sdaire 10. 4 ^{ème} Année Sdaire	11. 5 ^{ème} Année Sdaire 12. 6 ^{ème} Année Sdaire 13. 7 ^{ème} Année Sdaire 15. 1 ^{er} Année Universit 16. 2 ^{ème} Année Universit 17. 3 ^{ème} Année Universit 18. 4 ^{ème} Année Univer. 19. 5 ^{ème} Année Univ. et + 97. Autre 98. N S P	10. Mais a cherché 11. Ecolier/élève/étudiant 12. Ménagère/Femme au foyer 13. Rentier (Propriétaire capital ou des habitations) 14. Retraité 15. Handicapé/Invalide 16. Oisif 17. Grossesse	21. Agriculture 22. Elevage 23. Pêche 24. Artisanat 25. Mines/carrières 26. Production/Transf 27. Transport 28. Commerce/Vente Services 29. Enseignant 30. Administration 31. Apprenti	1. Patron/Employeur 2. Indépendant/A son propre compte 3. Salarié permanent 4. Salarié temporaire 5. Apprenti/Stagiaire rémunéré 6. Apprenti/Stagiaire non rémunéré 7. Aide familiale

Codes	Noms TV (CI06)
01	CRTV Télé
02	STV1 (spectrum TV 1)
03	STV 2 (Spectrum TV 2)
04	Canal 2 International
05	Ariane TV
06	Equinoxe TV
07	TV Max
08	DBS, chaîne en cours de création, qui émettra depuis Douala
09	Vision 4, en phase de test
10	New TV, en cours de création
11	africa tv, en cours de création
12	L.T.M TV Douala
13	canal2 zebra
14	SAMBA TV
15	T.L en cours de création

	le nom de FM 105 (Douala)
005	les chaînes commerciales : FM Mont Cameroun (Buea)
006	les chaînes commerciales : FM Pouala (Bafoussam)
007	Radio Jeunesse : chaine de radio de l'archidiocèse de Yaoundé
008	RTS (radio Tiemeni Siantou), Yaoundé et bafang
009	Magic FM , Yaoundé
010	TBC, Yaoundé
011	Radio Venus, Yaoundé
012	Radio Environnement, Yaoundé
013	Radio Lumière, Yaoundé
014	Sky One radio, Yaoundé
015	Radio Bonne Nouvelle, Yaoundé
016	Moov radio, Yaoundé
017	Radio Equinoxe, Douala
018	Sweet FM, Douala
019	Radio Nostalgie
020	RTM (Real Time Radio), Douala
021	Radio Veritas, Douala
022	FM Medumba, Bangangté
023	Radio Yemba, Dschang
024	Radio Radio Batcham, Bafoussam, Star
025	Radio Salaaman, Garoua
026	Radio Fotouni, Fotouni

027	Radio Oku, Oku
028	Radio Lolodorf, Lolodorf
029	Radio Equatoriale, Sangmélindad
030	radio casmando douala
031	
032	
033	
034	
035	
036	
037	
038	
039	
040	
041	
042	
043	
044	
045	
046	
047	
048	
049	
050	
051	
052	
053	

054	
055	
056	
057	
058	
059	
060	
061	
062	
063	
064	
065	
066	
067	
068	
069	
070	
071	
072	
073	
074	
075	
076	
077	
078	
079	
080	

081	
082	
083	
084	
085	
086	
087	
088	
089	
090	
091	
092	
093	
094	
095	
096	
097	
098	
099	
100	
101	
102	
103	
104	
105	

Codes	Noms Radios (CI07)
001	le poste national , émettant depuis Yaoundé,
002	les dix chaînes de radio régionales,
003	les chaînes commerciales : FM 94 (Yaoundé)
004	les chaînes commerciales : FM Suellaba connu précédemment sous

CARACTERISTIQUES DU LOGEMENT DU MENAGE : CLM

CLM01.	<p>QUELLE RELIGION PRATIQUE LE CHEF DE MENAGE?</p> <p>PAS DE RELIGION 0</p> <p>CATHOLIQUE 1</p> <p>PROTESTANTE..... 2</p>	<p>MUSULMANE 3</p> <p>ADVANTISTE/PANTECOTISTE/TEMOIN DE JEHOVAH 4</p> <p>TRADITIONNELLE/ANIMISTE 5</p> <p>AUTRE RELIGION (A PRECISER)..... 7</p>	<input type="checkbox"/>
CLM02.	<p>QUELLE EST LA REGION D'ORIGINE DU CHEF DE MENAGE ?</p> <p>ADAMAOUA 01</p> <p>CENTRE 02</p> <p>EST 03</p> <p>EXTREME-NORD 04</p>	<p>LITTORAL..... 05</p> <p>NORD..... 06</p> <p>NORD-OUEST 07</p> <p>OUEST 08</p> <p>SUD 09</p> <p>SUD-OUEST 10</p> <p>EXPATRIE..... 11</p>	<input type="checkbox"/>
CLM03.	<p>QUELLE EST LA PRINCIPALE SOURCE D'EAU QUE BOIVENT LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?</p> <p>EAU DU ROBINET DANS LE LOGEMENT 11</p> <p>EAU DU ROBINET DANS LA COUR/PARCELLE..... 12</p> <p>ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE 13</p> <p>PUITS PROTEGE..... 14</p> <p>PUITS NON PROTEGE 15</p>	<p>EAU DE SOURCE AMENAGEE..... 16</p> <p>EAU DE SOURCE NON AMENAGEE 17</p> <p>EAU DE PLUIE 18</p> <p>CITERNE /CAMION-CITERNE 19</p> <p>CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/TONNEAU..... 20</p> <p>EAU DE SURFACE (RIVIERE, RUISSEAU, BARRAGE, LAC, MARE, CANAL, RIGOLE D'IRRIGATION)..... 21</p> <p>EAU EN BOUTEILLE 22</p> <p>AUTRE (A PRECISER)..... 97</p>	<input type="checkbox"/>
CLM04.	<p>HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTES LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE UTILISENT-ILS?</p> <p><i>Si « Chasse d'eau » ou « chasse manuelle », Insister: Par où passent les eaux usées?</i></p> <p><i>Si nécessaire, demander la permission pour voir les toilettes.</i></p>	<p>PAS DE TOILETTES OU BROUSSE OU CHAMP 10</p> <p>CHASSE D'EAU / CHASSE MANUELLE</p> <p>CHASSE BRANCHEE A L'EGOUT 11</p> <p>CHASSE BRANCHEE A FOSSE SEPTIQUE 12</p> <p>CHASSE BRANCHEE A LATRINES 13</p> <p>CHASSE BRANCHEE A AUTRE CHOSE..... 14</p> <p>CHASSE BRANCHEE A ENDROIT INCONNU/ PAS SUR/NSP..... 15</p> <p>LATRINES AMELIOREES AUTO AEREES 16</p> <p>LATRINES TRADITIONNELLES 17</p> <p>LATRINES A FOSSE / TROU OUVERT 18</p> <p>TOILETTES A COMPOSTAGE..... 19</p> <p>SEAUX/TINETTES 20</p> <p>TOIL. SUSPENDUES/LATRINES SUSPENDUES..... 21</p> <p>AUTRE (A PRECISER)..... 97</p>	<input type="checkbox"/>
CLM05.	<p>UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL UN DE CES MOYENS D'INFORMATION ?</p>	<p align="right">Oui NON</p> <p>A- RADIO 1 2</p> <p>B- TELEVISION 1 2</p> <p>C- ORDINATEUR 1 2</p> <p>D- MAGNETOSCOPE/LECTEUR DVD 1 2</p> <p>E- LECTEUR DE CASSETTE/CD ROM 1 2</p> <p>F- JOURNAUX 1 2</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CLM06.	<p>UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE -T-IL UN DE CES MOYENS DE COMMUNICATION ?</p>	<p align="right">Oui NON</p> <p>A- TELEPHONE MOBILE..... 1 2</p> <p>B- TELEPHONE FIXE 1 2</p> <p>C- CONNEXION INTERNET 1 2</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CLM07.	<p>UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE -T-IL UN DE CES MOYENS DE TRANSPORT ?</p>	<p align="right">Oui NON</p> <p>A- BICYCLETTE/VELO 1 2</p> <p>B- MOTOCYCLETTE/SCOOTER 1 2</p> <p>C- VOITURE/CAMION 1 2</p> <p>D- BATEAU A MOTEUR 1 2</p> <p>E- POUSSE-POUSSE 1 2</p> <p>F- CHARRETTE AVEC ANIMAL 1 2</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CLM08.	<p>DANS VOTRE MENAGE, PARLEZ-VOUS DES QUESTIONS RELATIVES A LA VACCINATION DES ENFANTS ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>Si 2 ⇒ CLM10</p> <input type="checkbox"/>

		OUI	NON	
CLM16.	CITEZ LES MALADIES QUE VOUS ABORDEZ HABITUELLEMENT DANS VOTRE MENAGE ? NE SUGGEREZ PAS LES MALADIES	A- FIEVRE/PALUDISME..... 1	2	<input type="checkbox"/>
		B- DIARRHEE 1	2	<input type="checkbox"/>
		C- INFECTION RESPIRATOIRE 1	2	<input type="checkbox"/>
		D- SIDA..... 1	2	<input type="checkbox"/>
		E- TRANSMISION VIH/SIDA MERE A ENFANT ... 1	2	<input type="checkbox"/>
		F- TUBERCULOSE/TOUX..... 1	2	<input type="checkbox"/>
		G- POLIOMYELITE..... 1	2	<input type="checkbox"/>
		H- FIÈVRE JAUNE..... 1	2	<input type="checkbox"/>
		I- MÉNINGITE..... 1	2	<input type="checkbox"/>
		J- FIEVRE TYPHOÏDE 1	2	<input type="checkbox"/>
		J- TETANOS 1	2	<input type="checkbox"/>
		J- HEPATHITE..... 1	2	<input type="checkbox"/>
		K- AUTRE MALADIE (A PRECISER)7		<input type="checkbox"/>
CLM17.	HABITUELLEMENT, SUR QUELS ASPECTS DE LA MALADIE PORTENT VOS ECHANGES ? OUI=1 NON=2 QCM	CAUSES DE LA MALADIE 11		<input type="checkbox"/>
		CONNAISSANCE DES MANIFESTATIONS DE LA MALADIE 12		<input type="checkbox"/>
		METHODES DE LUTTE/PRISE EN CHARGE MALADIE 13		<input type="checkbox"/>
		METHODES DE PREVENTION DE LA MALADIE..... 14		<input type="checkbox"/>
		LE RESPECT DES CONSEILS EN MATIERE DE SANTE..... 15		<input type="checkbox"/>
		LES CONSULTATIONS REGULIERES..... 16		<input type="checkbox"/>
		UNE PERSONNE AGEE EN GENERAL 17		<input type="checkbox"/>
		PREVENTION/VACCINATION..... 18		<input type="checkbox"/>
		AUTRE (A PRECISER).....97		<input type="checkbox"/>
CLM18.	QUELLE EST LA COUCHE DE LA POPULATION POUR QUI VOUS ACCORDEZ LE PLUS VOTRE ATTENTION ?	PERSONNE 0		<input type="checkbox"/>
		ENFANT DE MOINS DE CINQ ANS 1		
		FEMME ENCEINTE 2		
		FEMME QUI VIENT D'ACCOUCHER 3		
		UN ENFANT EN GENERAL 4		
		UN ADULTE EN GENERAL 5		
		UNE PERSONNE AGEE EN GENERAL 6		
		AUTRE (A PRECISER)..... 7		

IDENTIFICATION DES ENFANTS DU MENAGE ET LEUR VACCINATION : IEV

ENREGISTREZ TOUS LES ENFANTS DE 0 à 24 MOIS DU MENAGE. VOIR LA SECTION CM

Listez tous ces enfants et pour chacun d'eux, c'est la mère biologique ou bien la personne qui prend soins de lui qui répondra aux questions.

IEV01	Noms et prénoms de l'enfant					
IEV02	Reportez les numéros d'ordre des enfants	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
IEV03	Inscrivez le numéro d'ordre de la personne qui prend soin de l'enfant	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
IEV04	Avez-vous déjà vacciné (nom) ? 1=Oui 2=Non <i>Aller à IEV20</i>	□	□	□	□	□
IEV05	(Nom) a-t-il reçu tous ces vaccins (vaccins exigibles correspondant à son âge) ? 1=Oui 2=Non	□	□	□	□	□
IEV06	Qui est ce qui/qu'est ce qui vous a motivé pour vacciner l'enfant ? 01. Père 02. Mère 03. Grand-mère 04. Grand-père 05. Grande sœur 06. Grand frère 07. Oncle 08. Tante 09. Ami 10. Autre (à préciser) _____	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
IEV07	A quels moments avez-vous souvent vacciné (nom) ? 1=A la naissance 2=Selon le rendez-vous 3=Quand il est malade et je l'amène à l'hôpital 4=Lors des campagnes 5=Lorsqu'il y a une épidémie 6=Autre (à préciser) _____	□	□	□	□	□
IEV08	Pourquoi avez-vous vacciné (nom) à ces moments précis ? 1=Respect du calendrier/RDV 2=Opportunité 3=Autre _____	□	□	□	□	□
IEV09	Quels sont les vaccins/vitamine que (nom) a déjà faits ? 1=Oui 2=Non BCG DTC-HepB+Hib3 VPO VAR VAA VAT Vit A	□	□	□	□	□
IEV10	(Nom) a-t-il déjà eu des problèmes après une vaccination ? 1=Oui 2=Non <i>Aller à IEV13</i>	□	□	□	□	□
IEV11	Quel étaient ces problèmes ? 1=Fièvre/Palu 2=Gonflement/abcès 3=Vomissement 4=Autres (à préciser) _____	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
IEV12	Qu'avez-vous fait lorsque (nom) a eu ces problèmes après la vaccination ? 1=Rentrer au lieu de vaccination 2=Aller dans une structure de santé 3=Aller en pharmacie 4=Guérisseur traditionnel 5=Automédication/vendeur informel de médicament 6=Autres (à préciser) _____	□	□	□	□	□
IEV13	Avez-vous déjà eu des difficultés à vacciner (Nom) ? 1=Oui 2=Non <i>Aller à IEV15</i>	□	□	□	□	□

IEV14	Si oui, quelle difficulté principalement ? 1=Indisponibilité des vaccins (rupture) 2=Eloignement 3=Absence personnel de santé 4=Cherté/coût élevé 5=Enfant mal vacciné 6=Vaccination non offerte dans la formation sanitaire 7=Vaccination non offerte ce jour là 8=Temps d'attente trop long 9=Il n'y a pas de formation sanitaire proche 10=Mauvais accueil 11=Autres (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IEV15	(Nom) a-t-il déjà pris deux injections à la fois lors d'une même séance de vaccination ? 1=Oui 2=Non <i>Aller à IEV18</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IEV16	Cela vous a-t-il posé un problème ? 1=Oui 2=Non <i>Aller à IEV18</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IEV17	Si oui, lequel ? 1=L'enfant a pleuré 3=Paralysie de l'enfant 2=Fièvre 4=Ca rend plutôt l'enfant malade 5= Autres (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IEV18	Avez-vous une carte de vaccination pour (Nom) ? 1=Oui vu 2=Oui non vu <i>si 1 ou 2 Aller à IEV20</i> 3=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IEV19	Pourquoi n'avez-vous pas la carte de vaccination pour (nom) ? 1=Je n'en ai jamais eu 3=Je n'en sais rien 2=J'ai perdu 4=Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IEV20	Pour les enfants de moins d'un an, avez-vous eu à payer quelque chose pour faire vacciner (nom) ? 1=Oui pour la Consultation seulement 8=Non concerné 2= Oui pour la Carte seulement 3= Oui pour la Seringue seulement 4= Oui pour le vaccin seulement 5= Oui pour plusieurs de tout ça 6= NSP 7=Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IEV21	Avez-vous peur d'un vaccin pour (nom) ? 1=Oui 2=Non <i>Aller à IEV24</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IEV22	Si oui lequel ? 1=BCG 2=DTC-HepB+Hib3 3=VPO 4=VAR 5=VAA 6=VAT 7=Vit A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IEV23	Pourquoi ? 1=ça rend stérile 3=ça peut tuer 2=ça donne le cancer 4=ça donne la fièvre 5=ça occasionne des blessures graves 6=Autres (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IEV24	Qui prend la décision en ce qui concerne la santé/ vaccination de (nom) ? 1. Père 2. Mère 3. Grand-mère 4. Grand-père 5. Grande sœur 6. Grand frère 7. Oncle 8. Tante 9. Ami 10. Autre (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IEV25	Avez-vous été encouragé/ découragé par quelqu'un pour vacciner l'enfant ? 1=Oui 2=Non <i>Aller à CAPV01</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IEV26	Si oui, qui vous a encouragé/ découragé ? 1. Père 2. Mère 3. Grand-mère 4. Grand-père 5. Grande sœur 6. Grand frère 7. Oncle 8. Tante 9. Ami/collègue 10. Personnel de santé 11. Autre (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IEV27	Comment a-t-il procédé ?					
	1. Donner l'argent 3. Expliquer les bienfaits 5. Autre encouragement 6. Cherté 8. Inutile 10. Autre découragement	2. Informer sur une campagne 4. M'a amené 7. Méfaits du vaccin 9. Dangereux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONNAISSANCE DE LA VACCINATION : CAPV							
ENREGISTREZ TOUTES LES PERSONNES QUI PRENNENT EN CHARGE LES ENFANTS DE 0 à 24 DU MENAGE							
	Noms et prénoms de la personne qui prend l'enfant en charge						
CAPV01	Numéro d'ordre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CAPV02	Avez-vous déjà entendu parler de la vaccination ? 1=Oui 2=Non <i>Aller à MEN01</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CAPV03	En quoi consiste-t-elle ? 1=A prévenir contre les maladies 2=A traiter les maladies 3=A rendre plus fort 4=Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CAPV04	Quels sont les types de vaccins/vitamine que vous connaissez ? 1=Oui 2=Non						
	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DTC-HepB+Hib3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	VPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	VAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	VAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	VAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Vit A Méningite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CAPV05	Selon vous, est-ce que la vaccination est très importante, importante ou pas importante? 1=Très importante 2=Importante 3=Indifférent 4=Pas importante <i>Si 1 à 3 aller à CAPV07</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CAPV06	Pourquoi pas important ? 1=Même étant vacciné, on est malade 2=ça apporte plutôt les maladies 3=Mes convictions et croyances 4=Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CAPV07	Vous-êtes vous déjà vacciné? 1=Oui 2=Non <i>Si 2 aller à CAPV11</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CAPV08	Si oui quel vaccin ? 1=VAT 2=VAA 3=Méningite 4=Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CAPV09	Pour ceux qui ont pris le VAT (CAPV08=1), combien de doses de VAT devez-vous prendre normalement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CAPV10	A quel moment vous êtes-vous souvent vacciné ? 1=Lors des grossesses 2=Sur RDV du calendrier de vaccination 3=Quand j'étais malade et je suis allée à l'hôpital 4=Lors des campagnes 5=Lorsqu'il y a une épidémie 6=Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CAPV11	Pour quelle principale raison n'avez-vous pas pris de vaccin ?						
	01=Indisponibilité des vaccins (rupture) 02=Eloignement 03=Absence personnel de santé 04=Cherté/coût élevé 05=Enfant mal vacciné 06=Vaccination non offerte dans la formation sanitaire 07=Vaccination non offerte ce jour. 08=Temps d'attente trop long 09=Il n'y a pas de formation sanitaire proche 10=Mauvais accueil 11=Autres (à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CAPV12	Croyez-vous que tous les enfants doivent être vaccinés? 1=Oui 2=Non 8=NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CAPV13	Quelles sont les trois principales maladies qui affectent les enfants de votre localité ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>CODES CAPV13 : 00=Aucune 01=Paludisme/fièvre 02=Fièvre typhoïde 03=Fièvre jaune 04=Tétanos 05=Tuberculose 06=Hépatite 07=Rougeole 08=Diphtérie/coqueluche 09=Méningite 10=Polio 11= Diarrhée/Amibe(amibiase) 12= Toux/Rhume/Grippe 13= Varicelle/Variole 14= Oreillon 15= autre (préciser) 98=NSP</p>							
CAPV14	<p>Connaissez-vous les maladies suivantes ?</p> <p>1=Oui 2=Non</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tuberculose 2. Polio 3. Coqueluche 4. Tétanos 5. Diphtérie 6. Rougeole 7. Hépatite B 8. Fièvre jaune 9. Méningite 10. Paludisme 11. Fièvre typhoïde 12. Carence en vitamine A 13. Malnutrition 14. Pneumonie 15. Mal d'oreilles (otite) 16. Mal de gorge (angine) 17. Les vers intestinaux 18. Diarrhée à Rota virus 19. Choléra 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CAPV15	<p>Parmi les maladies que vous connaissez, citez toutes celles évitables par la vaccination à votre connaissance.</p> <p><i>Enregistrez 1 si la maladie est évitable par vaccination d'après le répondant et 2 si non</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tuberculose 2. Polio 3. Coqueluche 4. Tétanos 5. Diphtérie 6. Rougeole 7. Hépatite B 8. Fièvre jaune 9. Méningite 10. Paludisme 11. Fièvre typhoïde 12. Carence en vitamine A 13. Malnutrition 14. Pneumonie 15. Mal d'oreilles (otite) 16. Mal de gorge (angine) 17. Les vers intestinaux 18. Diarrhée à Rota virus 19. Toutes les maladies 20. Choléra 21. Autre (à préciser) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CAPV16	<p>Pour ces maladies évitables par la vaccination (CAPV15=1), à quel âge (tranche d'âge) selon-vous doit-on être vacciné?</p> <p><i>1=tout âge 2= à moins de 5 ans (0 à 59 mois) 3= à moins d'un an (0 à 11 mois) 4= à 5 ans et plus 5= à moins de 9 mois 6= à 9 mois ou plus 7=Autre (précisez) _____ 8=NSP 0=Non concerné</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tuberculose 2. Polio 3. Coqueluche 4. Tétanos 5. Diphtérie 6. Rougeole 7. Hépatite B 8. Fièvre jaune 9. Pneumonie 10. Méningite 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CAPV17	<p>Connaissez-vous des gens autour de vous qui ne se font ni vacciner ou ni vacciner leurs enfants ?</p> <p>1=Oui 2=Non</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CAPV18	<p>Selon vous, quel est le motif principal qui peut pousser ou pousse certaines personnes à ne pas faire vacciner leurs enfants ou à ne pas se faire vacciner elles-mêmes ?</p> <p>01=Peur des effets secondaire 02=Manque d'information 03=Manque de confiance au personnel de santé 04=Manque de moyen financier 05=Indisponibilité des vaccins 06=Eloignement des structures sanitaires 07=Les activités économiques 08=Croyances religieuses 09=Peur de la sorcellerie 10=N'est pas décideur au sein de la famille</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV19	<p>Comment les gens (femmes et hommes) de votre communauté se comportent-ils vis-à-vis de la vaccination/lors des campagnes de vaccination ?</p> <p>1=Indifférents 2=Les gens sont superstitieux et réticents 3=Les gens préfèrent leurs activités 4=Les gens n'ont pas confiance à la vaccination 5=Il y a une adhésion et les gens y vont 6=Les gens y adhèrent si les autorités informent ou donnent leur accord 7= Autre (précisez)_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV20	<p>Que pensent les gens d'une femme qui ne se fait pas vacciner ou ne fait pas vacciner ses enfants ?</p> <p>1= Ignorance/irresponsable 2=C'est son choix 3=Rien 4= C'est une bonne chose 5=Autre (précisez)_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV21	<p>Quelles sont les difficultés auxquelles vous faites face dans votre localité pour vous faire vacciner ou vacciner vos enfants ?</p> <p>01=Indisponibilité des vaccins (rupture) 02=Eloignement 03=Absence personnel de santé 04=Cherté/coût élevé 05=Enfant mal vacciné 06=Vaccination non offerte dans la formation sanitaire 07=Vaccination non offerte ce jour. 08=Temps d'attente trop long 09=Il n'y a pas de formation sanitaire proche 10=Mauvais accueil 11=Autres (à préciser)_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV22	<p>Quelle(s) appréciation(s) faites- vous des campagnes de vaccinations menées dans votre localité ?</p> <p>11=Aucune campagne à ma connaissance n'est menée 12=Trop fréquentes 13=Inopportunes/ce n'est pas le problème majeur des gens 14=Gênantes 15=Perte de temps 16=Non annoncées à l'avance 17=Autre négatives.....</p> <p>21=Elles sont bien régulières 22=Bien organisées et efficaces 27=Autre positives</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV23	<p>Où est ce que l'on vaccine les enfants / femmes enceintes dans votre localité ?</p> <p>1=CS 2=Hôpital 3=Personnel de santé ambulancier 4=Autre_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV24	<p>Lorsque vous allez au centre de vaccination, est ce que le personnel vous donne des informations sur la vaccination (Causerie éducative/ IEC/ ...) ?</p> <p>1=Oui 2=Non</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV25	<p>Est-ce que le personnel de santé vient souvent dans votre localité pour vacciner les enfants ou femmes enceintes ?</p> <p>1=Oui 2=Non Aller à CAPV27</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV26	<p>Si oui, êtes-vous informées à l'avance ?</p> <p>1=Oui 2=Non</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CAPV27	Connaissez-vous le calendrier des vaccinations ? 1=Oui 2=Non Aller à CAPV30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV28	Citez les vaccins 1=Oui 2=Non	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		VPO0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		VPO1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		VPO2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		VPO3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		DTC-Hep-Hib1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		DTC-Hep-Hib2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		DTC-Hep-Hib3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		VAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		VAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV29	A quel moment ce vaccin doit être administré ? Posez cette question pour les maladies dont l'enquêté a répondu « oui » à la question précédente 1=A la naissance 2=A 1 mois 3=A 2 mois 4= A 3 mois 5= A 6 mois 6= A 9 mois 7= autre _____ 8=NSP	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		VPO0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		VPO1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		VPO2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		VPO3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		DTC-Hep-Hib1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		DTC-Hep-Hib2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		DTC-Hep-Hib3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		VAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		VAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vit A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CAPV30	Connaissez-vous les maladies que l'on peut éviter par la vaccination qui est administrée gratuitement dans les formations sanitaires publiques ? 1=Oui 2=Non Aller à CAPV32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV31	Si oui, citez-les 1=Oui 2=Non					
	Tuberculose (BCG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diphthérie/coqueluche (DTC-HepB+Hib3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Poliomyélite (VPO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rougeole (VAR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fièvre jaune (VAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tétanos (VAT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Carence en vitamine A (Vit A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pneumonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mal d'oreilles (otite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mal de gorge (angine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV32	Etiez-vous informé de la dernière campagne de vaccination contre la polio (mai 2011) ? 1=Oui 2=Non allez à CAPV34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV33	Quelle est votre opinion par rapport à la dernière campagne Polio ? 1. Bonne 2. Mauvaise 3. Autre (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV34	D'après vous, qui donne les gouttes polio aux enfants ? 1=Le médecin/infirmier de l'hôpital du quartier/localité/village 2=Un personnel de santé venu pour la circonstance 3=D'autres personnes formées pour la circonstance 4=Autre (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CAPV35	Est-ce que l'heure où les vacinateurs passent est convenable pour vous ? 1=Oui 2=Non 3=Non concerné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV36	Est-ce que vous vaccinez les enfants à tous les passages ? 1=Oui <i>Aller à CAPV38</i> 2=Non 3=Non concerné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV37	Si non, pourquoi ? 1=On n'a pas besoin de vacciner tout le temps 2=Le vaccin a des effets secondaires 3=Je n'ai pas toujours le temps 4 = Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV38	Que peut-t-on faire pour améliorer la campagne de vaccination ? 1. Implication accentuée des femmes 2. Implication des chefs de ménages 3. Accentuer la sensibilisation 4. Implication des autorités religieuses 5. Implication des leaders d'opinion 6. Implication des relais communautaires 7. Autre (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV39	A votre avis, pourquoi on donne des gouttes contre la polio très souvent/ à intervalle de quelques mois? 1=Pour éviter d'attraper la polio 2=NSP 3=Autre (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV40	A quoi sert la vaccination contre la polio? 1-Prévention 2-NSP 3-Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV41	Comment fait-on pour éviter la polio ? 1- La vaccination 2- L'hygiène (se laver les mains, latrines, aliments propres, eau de boisson, etc.) 3. Guérisseur traditionnel 4. Tradipraticien 5-Autre (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV42	Connaissez-vous les manifestations de la Polio ? 1= Oui, paralysie des membres 2= Oui, autre _____ 3= Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV43	Avez-vous peur des gouttes/vaccin polio ? 1= Oui 2= Non <i>Aller à CAPV45</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV44	Si oui, pourquoi ? 1=Peur des effets secondaires 2=Peur de la stérilité 3=Peur la paralysie 4=Autre (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPV45	A quand remonte la dernière fois que vous vous êtes rendu dans une structure de santé pour vous-même ou pour un enfant/proche ? 1=Aujourd'hui 2=Moins d'une semaine 3=Moins d'un mois 4=Moins d'un an 5=1 an ou plus 6=Jamais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONNAISSANCE DE LA MENINGITE : MEN						
MEN01	Connaissez-vous la méningite ? 1=Oui 2=Non <i>Aller à CI01</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEN02	Comment se contracte la méningite ? 1=Contact avec une personne infectée 2=Mauvaise nutrition 3=A Mauvaise hygiène 4=Dans l'air respiré 5=Dans l'eau ou les aliments consommés 6=Autre _____ 8=NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEN03	D'après vous, est ce que l'on peut prévenir la méningite ? 1=Oui 2=Non <i>Aller à MEN 05</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEN04	Si oui, comment ? Quel est le principal moyen ? 1=vaccination 2=Observer les règles d'hygiène (se laver les mains, latrines, aliments propres, eau de boisson, etc.) 3= Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEN05	Quels sont les symptômes de la méningite que vous connaissez ? 1=Convulsion 2=Très forte fièvre répétée/vomissement 3=Perte de mémoire/somnolence 4=Paralysie 5=Douleur au dos et au coup 6= Eruption cutanée 7= Autre _____ 8=NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEN06	D'après vous, y a-t-il un traitement de la méningite ? 1=Oui 2=Non <i>Aller à MEN 08</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEN07	Si oui, lesquels ? 1=Herbes, écorces traditionnelles 2=Médecine moderne 3= Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEN08	S'il y a un vaccin contre la méningite, seriez-vous prête à vous vacciner ou bien faire vacciner vos enfants ? 1=Oui je l'ai déjà fait 2=Oui je le ferai 3=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEN09	Savez-vous qu'il y a plusieurs formes de méningite ? 1=Oui 2=Non <i>Aller à MEN 11</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEN10	Si oui, quelles sont les formes que vous connaissez ? 1=toutes les formes 2=le A seulement 3=le A et au moins une autre forme 4=D'autres formes 5=Aucune bonne réponse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEN11	Connaissez-vous ou avez-vous connu une personne atteinte de méningite ? 1=Oui 2=Non <i>Aller à MEN 13</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEN12	Quel âge avait/a cette personne ? 1=Moins d'un an 2=1 à 4 ans 3=5 à 14ans 4=15 à 24 ans 5=25 à 34 ans 6=35 ans ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEN13	A quel âge, il y a le plus grand risque de contracter la méningite ? 1=Moins d'un an 2=1 à 4 ans 3=5 à 14ans 4=15 à 24 ans 5=25 à 34 ans 6=35 ans ou plus 7= Autre _____ 8=NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEN14	A quelle période de l'année, il y a plus de risque d'attraper la méningite ? 1=Décembre à Mars 2=Avril à Juin 3= Juillet 4= Août à Novembre 5= Autre _____ 8=NSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CANAUX D'INFORMATION : CI						
	Numéro d'ordre des personnes en charge des enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CI01	Quels sont les moyens de communication couramment utilisés dans votre communauté pour véhiculer l'information ? 00=Internet 01=TV 02=Radio 03=Journaux 04=Affiches 05= Marche 06= Associations/réunion 07=Ecole 08= Chef quartier/village/Autorités traditionnelles 09=Eglise/mosquée 10=Mobilisateurs communautaires/ Pairs éducateurs/crieurs 11=Personnel de santé 12=Amis/collègues/voisins 13=Lieu travail 14=Véhicule sonorisé 15=Bouches à oreilles 98=NSP 16=Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CI02	Pensez-vous que ces canaux/moyens de communication peuvent être/sont efficaces pour diffuser l'information sur la vaccination ? 1=Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CI03	Comment appréciez-vous les canaux de communication utilisés pour les campagnes de vaccination ? (explorer les forces et faiblesses de ces canaux).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CI04	Quels sont les trois principaux canaux d'information que vous préférerez pour informer les populations de votre localité des vaccinations afin d'avoir leur plus grande adhésion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	00=Internet 01=TV 02=Radio 03=Journaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	04=Affiches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	05= Marche 06= Associations/réunion 07=Ecole 08= Chef quartier/village/Autorités traditionnelles 09=Eglise/mosquée 10=Mobilisateurs communautaires/ Pairs éducateurs/crieurs 11=Personnel de santé 12=Amis/collègues/voisins 13=Lieu travail 14=Véhicule sonorisé 15=Bouches à oreilles 16=Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CI05	Que proposez-vous pour une adhésion totale des femmes aux campagnes de vaccination ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	01=Plus de sensibilisation et de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	02=Education population	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	03=Implication accrue des infirmières 04=Sensibiliser par les autorités traditionnelles 05=Sensibiliser par les autorités religieuses 06=Sensibiliser par les réunions et associations 07=Sensibiliser dans les établissements scolaires 08=Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CI06	Citer les différentes chaînes de télévision Camerounaises qui émettent dans votre localité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Cf nomenclature pour les codes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Enregistrer 00 si aucune télévision n'émet et 98 si l'enquête ne sait pas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CI07	Citer les différentes radios qui émettent dans votre localité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Cf nomenclature pour les codes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Enregistrer 000 si aucune radio n'émet et 998 si l'enquête ne sait pas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOUVEAU VACCIN : NV						
	Numéro d'ordre des personnes en charge des enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NV01	Avez-vous déjà entendu parler de la pneumonie/infection respiratoire aigüe ? 1=Oui 2=Non Aller à NV04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NV02	Savez-vous comment faire pour éviter d'attraper cette maladie ? 1=Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, comment ? 1=Oui 2=Non					
	Allaitement maternel exclusif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se laver les mains avec du savon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Faire les consultations prénatales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se vacciner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NV03	Bien se nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eviter des faibles poids à la naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eviter d'inhaler de l'air pollué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	D'après vous, comment traite t-on la pneumonie ? 1=Médecine moderne 2=Médecine traditionnelle (herbes et écorces) 3=Charlatan (pratiques surnaturelles) 4=Ne se soigne pas 5= NSP 6= Prière 7= Autre (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NV04	Avez-vous déjà entendu parler de la diarrhée aigüe causée chez le jeune enfant par le rota virus? 1=Oui 2=Non Aller à NV06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NV05	Savez-vous comment faire pour éviter d'attraper cette maladie ? 1=Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, comment ? 1=Oui 2=Non					
	Allaitement maternel exclusif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se laver les mains avec du savon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Faire les consultations prénatales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se vacciner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bien se nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eviter des faibles poids à la naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eviter d'inhaler de l'air pollué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire de l'eau potable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prendre la vitamine A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NV06	D'après vous, comment traite t-on la diarrhée aigue ? 0=Boire beaucoup d'eau/sel ORASEL 1=Médecine moderne 2=Médecine traditionnelle (herbes et écorces) 3=Charlatan (pratiques surnaturelles) 4=Ne se soigne pas 5=NSP 6=Prière 7= Autre (à préciser)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NV07	Si des vaccins sont disponibles contre ces deux maladies, seriez-vous prêts à faire vacciner vos enfants ? 1=Oui Aller à NV09 2=Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NV08	Pourquoi ? 1=Je n'aime pas vacciner mes enfants 2=Les vaccins ne servent à rien et ne protègent pas 3=Il y a trop de vaccins 4=Ces vaccins peuvent être dangereux 5=Autres (à préciser)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NV09	Quels genres d'informations attendez-vous de la part des agents de santé par rapport à ces nouveaux vaccins ? 1=Expliquer leur rôle 2=Quand les vaccins seront disponibles 3=Qui est éligible pour ces vaccins 4=Vaccin gratuit ou payant 5=Autre (à préciser)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NV10	Connaissez-vous le nom du vaccin le plus récent que l'on a introduit pour protéger les enfants ? 1=Oui 2=Non Fin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NV11	Si oui contre quelle maladie ce vaccin protège t-il ? 01=Tuberculose (BCG) 02=Diphtérie/coqueluche (DTC-HepB+Hib3) 03=Poliomyélite (VPO) 04=Rougeole (VAR) 05=Fièvre jaune (VAA) 06=Tétanos (VAT) 07=Carence en vitamine A (Vit A) 08=Pneumonie 09=Mal d'oreilles (otite) 10=Mal de gorge (angine) 11=Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci pour votre bonne collaboration

Observations générale