

UF12. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes..... __ __ : __ __	
----------------------------	-------------------------------------	--

AGE	AG	
<p>AG1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE DEVELOPPEMENT ET LA SANTE DE (nom).</p> <p>QUEL JOUR, QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insister:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p><i>Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; sinon, encercler 98 pour jour</i></p> <p><i>Le mois et l'année doivent être enregistrés.</i></p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Jour __ __</p> <p>NSP Jour 98</p> <p>Mois..... __ __</p> <p>Année 2 0 __ __</p>	
<p>AG2. QUEL AGE A (nom) ?</p> <p><i>Insister : QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i></p> <p><i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i></p> <p><i>Si moins de 1 an, enregistrer '0'.</i></p> <p><i>Comparer et corriger AG1 et/ou AG2 si incohérentes.</i></p>	<p>Âge (en années révolues) __</p>	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
BR1. (Nom) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? <i>Si oui, demander</i> PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu..... 1	1⇒Module Suivant 2⇒Module Suivant
	Oui, non vu..... 2	
	Non 3	
	NSP..... 8	
BR2. LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE AUPRES DE L'AUTORITE CIVILE / L'ETAT CIVIL C'EST-A-DIRE DANS UNE MAIRIE OU DANS UN CENTRE SPECIAL D'ETAT-CIVIL ?	Oui 1	1⇒ Module Suivant
	Non 2	
	NSP..... 8	
BR3. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE (nom) ?	Oui 1	
	Non 2	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		EC
<p>EC1. COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (<i>nom</i>) ?</p>	<p>Aucun00</p> <p>Nombre de livres d'enfant0 __</p> <p>Dix livres ou plus10</p>	
<p>EC2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (<i>nom</i>) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON.</p> <p>EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC :</p> <p>[A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ?</p> <p>[B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ?</p> <p>[C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES BASSINES, CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ?</p> <p><i>Si l'enquêt(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insister pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.</i></p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Jouets fabriqués à la maison..... 1 2 8</p> <p>Jouets de magasin..... 1 2 8</p> <p>Objets du ménage ou objets du dehors 1 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 PASSEE, COMBIEN DE JOURS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ETE:</p> <p>[A] LAISSE SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p>[B] LAISSE A LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT C'EST-A-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS, PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p><i>Si 'jamais', inscrire '0'. Si 'Ne sait pas', inscrire '8'</i></p>	<p>Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure..... __</p> <p>Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure __</p>	
<p>EC4. Vérifier AG2: Age de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Aller au Module suivant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuer avec EC5</p>		
<p>EC5. (<i>Nom</i>) SUIE-IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'EVEIL, DANS UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP8</p>	

<p>EC7. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE 15 ANS OU PLUS, PARTICIPE AVEC (<i>nom</i>) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>Si oui, demander:</i> QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Encercler tout ce qui est mentionné.</i></p> <p>[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[B] RACONTER DES HISTOIRES A (<i>nom</i>) ?</p> <p>[C] CHANTER DES CHANSONS A (<i>nom</i>) OU AVEC (<i>nom</i>), Y COMPRIS DES BERCEUSES ?</p> <p>[D] EMMENER (<i>nom</i>) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ?</p> <p>[E] JOUER AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[F] NOMMER, COMPTER, ET/OU DESSINER DES CHOSES POUR OU AVEC (<i>nom</i>) ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mère</th> <th>Père</th> <th>Autre</th> <th>Pers-son-ne</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lire des livres</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Raconter des histoires</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Chanter des chansons</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Promener</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Jouer</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Nommer/Compter</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Mère	Père	Autre	Pers-son-ne	Lire des livres	A	B	X	Y	Raconter des histoires	A	B	X	Y	Chanter des chansons	A	B	X	Y	Promener	A	B	X	Y	Jouer	A	B	X	Y	Nommer/Compter	A	B	X	Y	
	Mère	Père	Autre	Pers-son-ne																																	
Lire des livres	A	B	X	Y																																	
Raconter des histoires	A	B	X	Y																																	
Chanter des chansons	A	B	X	Y																																	
Promener	A	B	X	Y																																	
Jouer	A	B	X	Y																																	
Nommer/Compter	A	B	X	Y																																	
<p>EC8. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DE (<i>nom</i>). LES ENFANTS NE SE DEVELOPPENT PAS TOUS DE MANIERE IDENTIQUE ET ILS N'APPRENNENT PAS TOUS A LA MEME VITESSE. CERTAINS, PAR EXEMPLE, MARCHENT PLUS TOT QUE D'AUTRES. CES QUESTIONS PORTENT SUR PLUSIEURS ASPECTS DU DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT.</p> <p>EST-CE QUE (<i>nom</i>) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>																																				
<p>EC9. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>																																				
<p>EC10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10 ?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>																																				
<p>EC11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU ?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>																																				
<p>EC12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST PARFOIS TROP MALADE POUR JOUER ?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>																																				
<p>EC13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS SUR COMMENT FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>																																				

EC14. QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (<i>nom</i>), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?	Oui.....1	
	Non.....2	
	NSP.....8	
EC15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui.....1	
	Non.....2	
	NSP.....8	
EC16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?	Oui.....1	
	Non.....2	
	NSP.....8	
EC17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST FACILEMENT DISTRAIT?	Oui.....1	
	Non.....2	
	NSP.....8	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE
BD
BD1. Vérifier AG2: Age de l'enfant

- L'enfant a 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec BD2
- L'enfant a 3 ou 4 ans ⇒ Aller au Module Traitement des maladies

BD2. EST-CE QUE (nom) A ETE ALLAITE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒BD4 8⇒BD4
BD3. EST-CE QUE (nom) EST ENCORE ALLAITE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
BD4. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU QUELQUE CHOSE A LA BOUTEILLE AVEC TETINE OU AU BIBERON ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
BD5. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
BD6. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU OU MANGE DES VITAMINES, DES MEDICAMENTS OU DES SUPPLEMENTS MINERAUX ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
BD7. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) LIQUIDES QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A RECU CE LIQUIDE MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES LIQUIDES CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON. EST-CE QUE (nom) A BU (Nom de la boisson) HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT:		
[A] DE L'EAU SIMPLE?	De l'eau	O N NSP 1 2 8
[B] DU JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE FRUITS?	Jus ou boissons à base de fruits	1 2 8
[C] DU BOUILLON CLAIR DE LEGUME/VIANDE/POISSON SANS MORCEAU ?	Bouillon clair	1 2 8
[D] DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?	Lait	1 2 8
<i>Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU DU LAIT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois lait bu	—
[E] UNE PREPARATION POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE?	Préparation pour bébé	1 2 8
<i>Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU UNE PREPARATION POUR BEBE ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois préparation pour bébé	—
[F] N'IMPORTE QUELS AUTRES LIQUIDES ? Préciser _____	Autres liquides	1 2 8

BD8. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) ALIMENTS QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. À NOUVEAU, JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A EU CET ALIMENT MEME S'IL EST COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES ALIMENTS CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON.			
EST-CE QUE (nom) A MANGÉ (Nom de l'aliment) HIER DURANT LE JOUR OU LA NUIT :		O	N NSP
[A] YAOURT ?	Yaourt	1	2 8
<i>Si Oui: COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A MANGÉ/BU DU YAOURT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois a mangé/bu yaourt		__
[B] N'IMPORTE QUEL TYPE DE CEREALES POUR BEBE COMME, CERELAC, BLEDILAC, PHOSPHATINE, ETC.?	Céréales pour bébé	1	2 8
[C] DU PAIN, RIZ, PATES, PUREE/BOUILLIE, OU AUTRES ALIMENTS A BASE DE GRAINS ?	Aliments faits à base de grains ?	1	2 8
[D] COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, PATATE DOUCE QUI SONT JAUNE OU ORANGE A L'INTERIEUR ?	Courge, carottes, citrouille, etc.	1	2 8
[E] DES POMMES DE TERRES, DES IGNAME, DU MANIOC, DU MACABO, DES PATATES DOUCES BLANCHES OU TOUT AUTRE ALIMENT FAIT AVEC DES TUBERCULES/RACINES ?	P. de terres, ignames, manioc etc.	1	2 8
[F] N'IMPORTE QUELS LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE?	Légumes à feuilles vert foncé	1	2 8
[G] DES MANGUES/PAPAYES MURES/MELONS/ABRICOTS/GOYAVES ROUGES	Mangues/papayes mûres, etc.	1	2 8
[H] N'IMPORTE QUELS AUTRES FRUITS OU LEGUMES ?	Autres fruits et légumes	1	2 8
[I] DU FOIE, DES ROGNONS, DU CŒUR OU TOUT AUTRE ABAT ?	Foie, rognons, cœur ou autres abats	1	2 8
[J] DE LA VIANDE DE BŒUF, PORC, AGNEAU, CHEVRE, POULET OU CANARD ?	Viande de bœuf, porc, agneau, chèvre, etc.	1	2 8
[K] DES OEUFS ?	Oeufs	1	2 8
[L] DU POISSON FRAIS OU SECHE OU DES FRUITS DE MER (CREVETTES, CRABES, ESCARGOTS DE MER, ETC.)?	Poisson frais ou séché, etc.	1	2 8
[M] N'IMPORTE QUELS ALIMENTS A BASE DE HARICOTS, POIS, LENTILLES OU ARACHIDES OU AUTRES NOIX ?	Aliments à base de haricots, pois, etc.	1	2 8
[P] DES INSECTES COMESTIBLES COMME LES SAUTERELLES, CRIQUETS, GRILLONS, ESCARGOTS, TERMITES, CHENILLES, HANNETONS, LARVES ?	Insectes comestibles	1	2 8
[N] DU FROMAGE OU TOUT AUTRE PRODUIT A BASE DE LAIT?	Fromage ou autres produits à base de lait	1	2 8
[O] N'IMPORTE QUELS AUTRES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES, OU MOUS QUE JE N'AI PAS MENTIONNE ? <i>Préciser _____</i>	Autres aliments solides, semi-solides, ou mous	1	2 8
BD9. Vérifier BD8 (Catégories "A" jusqu'à "O") <input type="checkbox"/> <i>Au moins un "Oui" ou toutes "NSP" ⇒ Aller à BD11</i> <input type="checkbox"/> <i>Sinon ⇒ Continuer avec BD10</i>			
BD10. Insister pour déterminer si l'enfant a mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier, pendant le jour ou la nuit ? <input type="checkbox"/> <i>L'enfant n'a rien mangé ou la répondante ne sait pas ⇒ Aller au module suivant</i> <input type="checkbox"/> <i>L'enfant a mangé au moins un aliment solide, semi-solide ou mou mentionné par la répondante ⇒ Retourner à BD8 pour enregistrer l'aliment mangé hier [A à O]. Quand c'est fait, continuer avec BD11</i>			
BD11. COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL MANGÉ DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI SOLIDES OU MOUS_HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois.....__ NSP8		

VACCINATIONS
IM

Si un carnet/carte de vaccination est disponible, recopier les dates à IM3 pour chaque vaccination et Vitamine A enregistrées sur le carnet/carte. Les questions IM6-IM17 ne seront posées que si un carnet/carte n'est pas disponible.

IM1. AVEZ-VOUS UN CARNET/CARTE OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTREES? (Si Oui) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAIT ?	Oui, vu	1	1⇒IM3 2⇒IM6
	Oui, non vu	2	
	Pas de carnet.....	3	

IM2. AVEZ-VOUS DEJA EU UN CARNET/CARTE DE VACCINATION POUR (nom) ?	Oui.....	1	1⇒IM6 2⇒IM6
	Non.....	2	

IM3. (a) Copier les dates de chaque vaccin de la carte ou du carnet. (b) Ecrire '44' dans la colonne "jour" si la carte ou le carnet montre qu'un vaccin a été fait mais la date n'est pas donnée.	Date de la vaccination		
	Jour	Mois	Année

		Jour	Mois	Année
BCG À LA NAISSANCE	BCG			
POLIO A LA NAISSANCE (OU VPO-0)	POLIO-0			
POLIO 1 (OU VPO-1)	POLIO 1			
POLIO 2 (OU VPO-2)	POLIO 2			
POLIO 3 (OU VPO-3)	POLIO 3			
PENTAVALENT 1 (DTC-HEP B1+HIB1 OU PENTA 1)	PENTA 1			
PENTAVALENT 2 (DTC-HEP B2+HIB2 OU PENTA 2)	PENTA 2			
PENTAVALENT 3 (DTC-HEP B3+HIB3 OU PENTA 3)	PENTA 3			
PNEUMO1 (OU PCV1)	PNEUMO 1			
PNEUMO2 (OU PCV2)	PNEUMO2			
PNEUMO3 (OU PCV3)	PNEUMO3			
ROUGEOLE (VAR OU MMR OU MR)	ROUG.			
FIEVRE JAUNE (FJ)	VAA			
VITAMINE A (DOSE LA PLUS RECENTE)	VITA1			
VITAMINE A (DOSE AVANT LA PLUS RECENTE)	VITA2			

IM4. Vérifier IM3.

Est-ce que tous les vaccins (de BCG à VAA/FIEVRE JAUNE) sont enregistrés ?

Oui ⇒ Aller à IM19

Non ⇒ Continuer avec IM5

<p>IM5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CE CARNET OU CETTE CARTE, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui</i> ⇒ Retourner à IM3, insister sur ces vaccinations et écrire '66' dans la colonne jour correspondante de chaque vaccin mentionné. Quand complété, passer à IM19</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non/NSP</i> ⇒ Aller à IM19</p>		
<p>IM6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU DES VACCINS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DES CAMPAGNES OU DES JOURNEES DE VACCINATIONS ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒IM19</p> <p>8⇒IM19</p>
<p>IM7. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS LE BRAS OU L'ÉPAULE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>IM8. EST-CE QUE (NOM) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE LA POLIO ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒IM11</p> <p>8⇒IM11</p>
<p>IM9. LA PREMIÈRE FOIS QUE LE VACCIN CONTRE LA POLIO A ÉTÉ DONNÉ, ÉTAIT-CE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	
<p>IM10. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ? <i>Si le nombre de fois déclaré est égal à 7 ou plus, inscrire '7'.</i></p>	<p>Nombre de fois..... _</p> <p>NSP 8</p>	
<p>IM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU « UN VACCIN DTC-HEP B +HIB ENCORE APPELÉ PENTAVALENT » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION À LA CUISSE OU À LA FESSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE, LA DIPHTÉRIE, L'HEPATITE B ET LES INFECTIONS À HEMOPHILUS INFLUENZA DE TYPE B (HIB) ? <i>Insister en précisant que ce vaccin est parfois donné en même temps que le vaccin contre la polio.</i></p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒IM16A</p> <p>8⇒IM16A</p>
<p>IM12. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DTC-HEP B +HIB ENCORE APPELÉ PENTAVALENT A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?</p>	<p>Nombre de fois..... _</p>	
<p>IM16A. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU « UN VACCIN PNEUMO » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION À LA CUISSE OU À LA FESSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER L'INFECTION À PNEUMOCOQUE ? <i>Insister en précisant que le vaccin PNEUMO est parfois donné en même temps que le vaccin contre la polio et le DTC-HEP B +HIB.</i></p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒IM16</p> <p>8⇒IM16</p>
<p>IM16B. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PNEUMO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?</p>	<p>Nombre de fois..... _</p>	
<p>IM16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE (VAR OU ROR) C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>IM17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIEVRE JAUNE - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? <i>Insister en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.</i></p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	

<p>IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (nom) A PARTICIPE A L'UNE DES CAMPAGNES SUIVANTES :</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p>	
<p>[A] JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) CONTRE LA POLIO DE MAI 2014</p>	<p>JNV 05 14(POLIO) 1 2 8</p>	
<p>[B] JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) CONTRE LA POLIO D'AVRIL 2014</p>	<p>JNV 04 14(POLIO) 1 2 8</p>	
<p>[C] JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) CONTRE LA POLIO DE MARS 2014</p>	<p>JNV 03 14(POLIO) 1 2 8</p>	
<p>[D] JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) CONTRE LA POLIO DE FEVRIER 2014</p>	<p>JNV 02 14(POLIO) 1 2 8</p>	
<p>[E] JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) CONTRE LA POLIO DE JANVIER 2014</p>	<p>JNV 01 14(POLIO) 1 2 8</p>	
<p>[F] AUTRES JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) CONTRE LA POLIO EN 2013</p>	<p>JNV 2013 (POLIO) 1 2 8</p>	
<p>[G] CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE</p>	<p>Campagne Rougeole 1 2 8</p>	
<p>[H] CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE</p>	<p>Campagne FJ 1 2 8</p>	
<p>[I] AUTRE CAMPAGNE DE VACCINATION (CONTRE LA MENINGITE, ETC.)</p>	<p>Autre campagne 1 2 8</p>	
<p>IM20. EST-CE QUE (nom) A REÇU DES SUPPLEMENTS EN VITAMINE A AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS ?</p> <p><i>Insister en montrant à l'enquête un échantillon de comprimés/ampoules de Vitamine A. Préciser aussi que la Vitamine A s'administre également sous la forme de gouttes buvables, souvent en même temps que le vaccin contre la Polio au cours de certaines campagnes de vaccination.</i></p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	

TRAITEMENT DES MALADIES	CA	
CA1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES?	Oui 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒CA6A 8⇒CA6A
CA2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITE DE LIQUIDES A ETE DONNEE A (<i>nom</i>) DURANT SA DIARRHEE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE REÇU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité..... 3 Plus 4 Rien à boire 5 NSP..... 8	
CA3. PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE REÇU A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGE ? <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité..... 3 Plus 4 A stoppé la nourriture..... 5 N'a jamais donné à manger 6 NSP..... 8	
CA3A. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT CONTRE LA DIARRHEE ?	Oui 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒CA4 8⇒CA4
CA3B. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ? <i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ? <i>Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne PAS suggérer de réponse.</i> <i>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</i> <i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i> _____ (<i>Nom de l'endroit</i>)	Secteur public Hôpital public A Centre de santé (CSI/CS/Dispensaire/PMI) public..... B Centre Médical d'Arrondissement (CMA) F Autre médical public (<i>Préciser</i>) H Secteur médical privé Hôpital laïc/Clinique privée G Hôpital privé confessionnel..... I Personnel de santé hors d'une structure de santé/Conseil d'un personnel de santé au téléphone J Pharmacie privée K Cabinet médical M Centre de santé/Dispensaire confessionnel/Mission N Autre médical privé (<i>Préciser</i>) O Autre endroit Parent (e)/ Ami (e) P Boutique Q Guérisseur traditionnel R GIC/ONG santé S Vendeur informel de médicament T Agent de santé communautaire U En avait déjà à la maison V Autre (<i>Préciser</i>) X	

<p>CA4. AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (nom) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS:</p> <p>[A] UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SPECIAL APPELE SRO (PAR EXEMPLE ORASEL) ?</p> <p>[B] UN LIQUIDE SRO PRE-CONDITIONNE POUR LA DIARRHEE ?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Liquide sachet SRO 1 2 8</p> <p>Liquide SRO pré conditionné 1 2 8</p>	
<p>CA4A. Vérifier CA4 : SRO</p> <p><input type="checkbox"/> SRO a été donné à l'enfant ('oui' encerclé à A ou B dans CA4) ⇒ Continuer avec CA4B</p> <p><input type="checkbox"/> SRO n'a pas été donné à l'enfant ⇒ Aller à CA4C</p>		
<p>CA4B. OU AVEZ-VOUS EU LE SRO ?</p> <p><i>Insister pour identifier le type d'endroit.</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.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nom de l'endroit)</i></p>	<p>Secteur public</p> <p>Centre Médical d'Arrondissement/ (CMA) 10</p> <p>Hôpital public 11</p> <p>Centre de santé (CSI/CS/ Dispensaire/PMI) public 12</p> <p>Autre médical publique (Préciser) 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital laïc/Clinique privée 20</p> <p>Hôpital privé confessionnel 21</p> <p>Personnel de santé hors d'une structure de santé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Centre de santé/Dispensaire confessionnel/Mission 25</p> <p>Cabinet médical 27</p> <p>Autre médical privé (Préciser) 26</p> <p>Autre endroit</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) 31</p> <p>Boutique 32</p> <p>Guérisseur traditionnel 33</p> <p>GIC/ONG santé 34</p> <p>Vendeur informel de médicament 35</p> <p>Agent de santé communautaire 36</p> <p>En avait déjà à la maison 40</p> <p>Autre (Préciser) 96</p>	
<p>CA4C. DURANT LE TEMPS OU (nom) A EU LA DIARRHEE, LUI A-T-ON DONNE :</p> <p>[A] DES COMPRIMES DE ZINC ?</p> <p>[B] DU SIROP DE ZINC ?</p> <p>[C] SRO ASSOCIE AU ZINC ?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Comprimés de Zinc 1 2 8</p> <p>Sirop de Zinc 1 2 8</p> <p>SRO associé au zinc 1 2 8</p>	
<p>CA4D. Vérifier CA4C : A eu du zinc?</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant a eu du zinc ('Oui' encerclé à 'A' ou 'B' dans CA4C) ⇒ Continuer avec CA4E</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de zinc ⇒ Aller à CA4F</p>		

<p>CA4E. OU AVEZ-VOUS EU LE ZINC ?</p> <p><i>Insister pour identifier le type d'endroit.</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.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Centre Médical d'Arrondissement (CMA) . 10</p> <p>Hôpital public..... 11</p> <p>Centre de santé public (CSI/CS/ Dispensaire/PMI)..... 12</p> <p>Autre médical publique (Préciser) _____ 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital laïc/Clinique privée..... 20</p> <p>Hôpital privé confessionnel..... 21</p> <p>Personnel de santé hors d'une structure de santé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Centre de santé/Dispensaire confessionnel/Mission 25</p> <p>Cabinet médical 27</p> <p>Autre médical privé (Préciser) _____ 26</p> <p>Autre endroit</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) 31</p> <p>Boutique 32</p> <p>Guérisseur traditionnel 33</p> <p>GIC/ONG santé 34</p> <p>Vendeur informel de médicament 35</p> <p>Agent de santé communautaire 36</p> <p>En avait déjà à la maison..... 40</p> <p>Autre (Préciser) _____ 96</p>	
<p>CA4F. AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (nom) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS :</p> <p><i>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</i></p> <p>[A] EAU SALEE SUCREE</p> <p>[B] EAU DE RIZ</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Eau salée sucrée.....1 2 8</p> <p>Eau de riz.....1 2 8</p>	
<p>CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ETE DONNE POUR TRAITER LA DIARRHEE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA6A</p> <p>8⇒CA6A</p>

<p>CA6. QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHÉE?</p> <p><i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ?</p> <p><i>Enregistrer tous les traitements donnés. Incrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Comprimé ou Sirop</p> <p>Antibiotique.....A</p> <p>Antimotilité/Contre la diarrhéeB</p> <p>Autre comprimé ou sirop (pas antibiotique, antimotilité ou zinc).. G</p> <p>Comprimé ou sirop inconnu H</p> <p>Injection</p> <p>Antibiotique..... L</p> <p>Non-antibiotique..... M</p> <p>Injection inconnue..... N</p> <p>Intraveineuse..... O</p> <p>Remède maison/ herbes médicinales Q</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) _____ X</p>	
<p>CA6A. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (<i>nom</i>) A EU DE LA FIEVRE A N'IMPORTE QUEL MOMENT ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA7</p> <p>8⇒CA7</p>
<p>CA6B. À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA MALADIE, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU DU SANG PRELEVE AU BOUT DE SON DOIGT OU AU TALON POUR EFFECTUER UN TEST ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA7. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (<i>nom</i>) A ETE MALADE AVEC DE LA TOUX ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA9A</p> <p>8⇒CA9A</p>
<p>CA8. QUAND (<i>nom</i>) ETAIT MALADE AVEC DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU EST-CE QU'IL/ELLE AVAIT DES DIFFICULTES POUR RESPIRER ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>
<p>CA9. LA RESPIRATION RAPIDE OU LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?</p>	<p>Problème de bronches seulement..... 1</p> <p>Nez bouché ou qui coulait seulement..... 2</p> <p>Les deux 3</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) _____ 6</p> <p>NSP 8</p>	<p>1⇒CA10</p> <p>2⇒CA10</p> <p>3⇒CA10</p> <p>6⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>
<p>CA9A. Vérifier CA6A : A eu de la fièvre ?</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant a eu de la fièvre ⇒ Continuer avec CA10</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de fièvre ⇒ Aller à CA14</p>		
<p>CA10. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>8⇒CA12</p>

<p>CA11. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</p> <p><i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ?</p> <p><i>Encercler tous les endroits mentionnés, mais ne pas suggérer de réponse.</i></p> <p><i>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</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.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public Hôpital public..... A Centre de santé (CSI/CS/Dispensaire/ PMI) public..... B Centre Médical d'Arrondissement (CMA)..... F Autre médical public (<i>Préciser</i>) _____ H</p> <p>Secteur médical privé Hôpital laïc/Clinique privée..... G Hôpital privé confessionnel I Personnel de santé hors d'une structure de santé/ / Conseil d'un personnel de santé au téléphone J Pharmacie privée K Cabinet médical M Centre de santé/Dispensaire confessionnel/Mission N Autre médical privé (<i>Préciser</i>) _____ O</p> <p>Autre endroit Parent (e)/ Ami (e) P Boutique Q Guérisseur traditionnel R GIC/ONG santé S Vendeur informel de médicament T Agent de santé communautaire U</p> <p>En avait déjà à la maison..... V</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) _____ X</p>	
<p>CA12. A N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT LA MALADIE, EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>2⇒CA14 8⇒CA14</p>
<p>CA13. QUEL(S) MEDICAMENT(S) A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</p> <p><i>Encercler tous les médicaments donnés. Inscrive le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Anti-paludéens : SP / Fansidar..... A Chloroquine..... B Amodiaquine..... C Quinine..... D Combinaison avec Artémisinine E Autre anti-paludéen (<i>Préciser</i>) _____ H</p> <p>Antibiotiques: Comprimés / Sirop..... I Injection..... J</p> <p>Autres médicaments : Paracetamol/ Panadol /Acetaminophen..... P Aspirine Q Ibuprofen R</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) _____ X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>CA13A. Vérifier CA13 : Antibiotique mentionné (code I ou J encerclé) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA13B</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Aller à CA13C</p>		

<p>CA13B. OU AVEZ-VOUS EU (<i>nom du médicament de CA13</i>)?</p> <p><i>Insister pour identifier le type d'endroit.</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.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nom de l'endroit)</i></p>	<p>Secteur public</p> <p>Centre Médical d'Arrondissement (CMA) 10</p> <p>Hôpital public 11</p> <p>Centre de santé (CSI/CS/Dispensaire/PMI) public.. 12</p> <p>Autre médical publique (<i>Préciser</i>)_____ 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital laïc/Clinique privée..... 20</p> <p>Hôpital privé confessionnel 21</p> <p>Personnel de santé hors d'une structure de santé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Centre de santé/Dispensaire confessionnel/ Mission 25</p> <p>Cabinet médical 27</p> <p>Autre médical privé (<i>Préciser</i>)_____ 26</p> <p>Autre endroit</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) 31</p> <p>Boutique 32</p> <p>Guérisseur traditionnel 33</p> <p>GIC/ONG santé 34</p> <p>Vendeur informel de médicament 35</p> <p>Agent de santé communautaire 36</p> <p>En avait déjà à la maison..... 40</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) _____ 96</p>
<p>CA13C. Vérifier CA13 : Antipaludéens mentionnés (codes A à H) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec CA13D</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à CA14</p>	
<p>CA13D. OU AVEZ-VOUS EU (<i>nom du médicament de CA13</i>) ?</p> <p><i>Insister pour identifier le type d'endroit.</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.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nom de l'endroit)</i></p>	<p>Secteur public</p> <p>Centre Médical d'Arrondissement (CMA)..... 10</p> <p>Hôpital public 11</p> <p>Centre de santé public (CSI/CS/ Dispensaire/PMI)..... 12</p> <p>Autre médical publique (<i>Préciser</i>)_____ 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital laïc/Clinique privée..... 20</p> <p>Hôpital privé confessionnel 21</p> <p>Personnel de santé hors d'une structure de santé .22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Centre de santé/Dispensaire confessionnel/Mission25</p> <p>Cabinet médical 27</p> <p>Autre médical privé (<i>Préciser</i>)_____ 26</p> <p>Autre endroit</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) 31</p> <p>Boutique 32</p> <p>Guérisseur traditionnel 33</p> <p>GIC/ONG santé 34</p> <p>Vendeur informel de médicament 35</p> <p>Agent de santé communautaire 36</p> <p>En avait déjà à la maison..... 40</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) _____ 96</p>

<p>CA13E. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE A COMMENCE, (<i>nom</i>) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (<i>nom de l'antipaludéen déclaré à CA13</i>) ?</p> <p><i>Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à CA13, donner le nom de tous les antipaludéens mentionnés.</i></p>	<p>Même jour 0 Jour suivant 1 2 jours après début de la fièvre..... 2 3 jours après début de la fièvre..... 3 4 jours ou plus après début de la fièvre..... 4 NSP 8</p>	
<p>CA14. Vérifier AG2 : Age de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant âgé de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec CA15</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant âgé de 3 ou 4 ans ⇒ Aller à UF13</p>		
<p>CA15. LA DERNIERE FOIS QUE (<i>nom</i>) EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?</p>	<p>Enfant a utilisé toilettes / latrines..... 01 Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines..... 02 Jeté / Rincé dans égout ou rigole..... 03 Jeté aux ordures (déchets solides)..... 04 Enterré 05 Lissé à l'air libre..... 06</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) 96 NSP 98</p>	

<p>UF13. Enregistrer l'heure.</p>	<p>Heure et minutes :</p>	
------------------------------------------	---------------------------------------	--

<p>UF14. Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15 <i>Est-ce que l'enquêté(e) est la mère ou le/la gardien(ne)/personne en charge d'un autre enfant âgé de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒ Indiquer à l'enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant plus tard. Aller au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la/au même répondant (e)</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non. ⇒ Terminer l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et lui dire que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant avant de quitter le ménage</i></p> <p><i>Vérifier s'il y a une autre femme, homme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui il faut administrer un questionnaire dans ce ménage.</i></p>

ANTHROPOMÉTRIE
AN

Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant. Enregistrer ci-dessous le poids et la taille/longueur, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant dans la liste des membres du ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.

AN1. Nom et code du Mesureur :	Nom _____	
AN2. Résultat des mesures de la taille en position debout/allongé et du poids	Une ou les deux mesures 1	
	Enfant non présent 2	2⇒AN6
	Enfant ou gardienne a refusé..... 3	3⇒AN6
	Autre (Préciser) _____ 6	6⇒AN6
AN3. Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg) _____	
	Poids non mesuré 99.9	
AN3A. Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum ?		
<input type="checkbox"/> Oui		
<input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'a pas été déshabillé jusqu'au minimum		
AN3B. Vérifier l'âge de l'enfant à AG2:		
<input type="checkbox"/> L'enfant a moins de 2 ans ou taille inférieure à 87 cm ⇒ Mesurer la longueur (l'enfant doit être couché).		
<input type="checkbox"/> L'enfant a 2 ans ou plus ou taille supérieure à 87 cm ⇒ Mesurer la taille (l'enfant doit être debout).		
AN4. Longueur ou taille de l'enfant	Longueur/Taille..... _____	
	Longueur/Taille pas mesurée 999.9	⇒ AN4B
AN4A. Est-ce que l'enfant a été mesuré couché ou debout ?	Couché 1	
	Debout 2	
AN4B. Vérifier l'âge de l'enfant à AG2:		
<input type="checkbox"/> L'enfant a moins de 6 mois ⇒ Aller à AN6.		
<input type="checkbox"/> L'enfant a 6 mois ou plus ⇒ Continuer à AN4C.		
AN4C. Test rapide de présence d'œdèmes bilatéraux (sur les deux pieds)?	Présence d'œdèmes bilatéraux..... 1	
	Absence d'œdèmes bilatéraux..... 2	
	Enfant non testé 8	

AN6. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?

Oui. ⇒ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant.

Non. ⇒ Vérifier s'il y a d'autres questionnaires individuels à faire dans ce ménage.

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations de la contrôleuse/ du contrôleur de terrain

Observations du Chef d'équipe

Observations du Mesureur

Observations du Superviseur