

Présenter vos salutations à l'enquêtée, si vous ne l'avez pas déjà fait :

NOUS SOMMES DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (INSD). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTÉ FAMILIALE ET L'ÉDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS RÉPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUÉES. D'AILLEURS, VOUS N'ÊTES PAS OBLIGÉ DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS AUXQUELLES VOUS N'AVEZ PAS ENVIE DE RÉPONDRE, ET VOUS POUVEZ ARRÊTER L'ENTRETIEN A TOUT MOMENT. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT.

Si l'enquêté(e) vous donne la permission, commencez l'interview. si l'enquêté(e) n'est pas d'accord pour continuer, il faut la remercier, et passer à l'interview suivante. discuter ce résultat avec votre contrôleur(se) pour organiser une autre visite.

<p>UF10. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA SANTÉ DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DONT VOUS AVEZ LA CHARGE, ET QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS. MAINTENANT, JE VEUX VOUS POSER DES QUESTIONS SUR (NOM). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (NOM) EST-IL/ELLE NE(E) ? INSISTEZ : QUEL EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p><i>Si la mère/gardien(ne) connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour.</i></p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Jours..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP Jours.....98</p> <p>Mois..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP mois98</p> <p>Année <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP Année.....9998</p>	
<p>UF11. QUEL ÂGE AVAIT (nom) À SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? <i>Inscrire l'âge en années révolues.</i></p>	<p>Âge en années révolues <input type="text"/></p>	

MODULE SUR L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET L'ÉDUCATION DE LA PETITE ENFANCE		BR
<p>BR1. (Nom) A-T-IL UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? PUIS-JE LE VOIR ?</p>	<p>Oui, vu.....1 →</p> <p>Oui, pas vu.....2</p> <p>Non.....3</p> <p>NSP.....8</p>	<p>BR5</p>
<p>BR2. LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ÉTÉ ENREGISTRÉE/DÉCLARÉE À L'ÉTAT CIVIL?</p>	<p>Oui.....1 →</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8 →</p>	<p>BR5</p> <p>BR4</p>
<p>BR3. POURQUOI LA NAISSANCE DE (nom) N'EST-ELLE PAS ENREGISTRÉE/DÉCLARÉE ?</p>	<p>Ça coûte très cher.....1</p> <p>C'est trop loin2</p> <p>Ne savait pas qu'elle devrait être enregistrée.....3</p> <p>Ne voulait pas payer d'amende4</p> <p>Ne sait pas où l'enregistrer/comment s'y prendre.....5</p> <p>Ne s'y est pas intéressé/Par négligence.....6</p> <p>Autre (à préciser).....7</p> <p>NSP.....8</p> <p>Rien.....9</p>	
<p>BR4. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p>	
<p>BR5. Vérifier l'âge de l'enfant à la question UF11: Enfant âge de 3 ou 4 ans</p> <p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Non. <input type="checkbox"/> → BR8</p>		
<p>BR6. (Nom) FRÉQUENTE T-IL/ELLE UN PROGRAMME D'ENCADREMENT EN DEHORS DE LA MAISON OU D'ÉDUCATION PRÉSCOLAIRE TEL QU'UN CENTRE PUBLIC OU PRIVÉ, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANT OU UN CENTRE COMMUNAUTAIRE ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2 →</p> <p>NSP.....8</p>	<p>BR8</p>
<p>BR7. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, PENDANT COMBIEN D'HEURES ENVIRON (nom) A-T-IL/ELLE FRÉQUENTE CET ENDROIT?</p>	<p>Nombre d'heures <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

BR8. DES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PARTICIPÉ OU Y A-T-IL UN MEMBRE DU MÉNAGE ÂGÉ DE PLUS DE 15 ANS QUI A PARTICIPÉ AVEC (nom) À L'UNE DES ACTIVITÉS SUIVANTES :

Si Oui, demander : QUI A PARTICIPÉ À CETTE ACTIVITÉ AVEC L'ENFANT - LA MÈRE, LE PÈRE DE L'ENFANT OU UN AUTRE MEMBRE ADULTE DU MÉNAGE (Y COMPRIS LE/LA GARDIEN(NE)/ENQUÊTÉ(E))?

ENCERCLER TOUTES LES RÉPONSES.

	Mère	Père	Autre	Personne
BR8A. LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (nom)?	Livres A	B	X	Y
BR8B. RACONTER DES HISTOIRES À (nom)?	Contes A	B	X	Y
BR8C. CHANTER DES CHANSONS AVEC (nom)?	Chansons A	B	X	Y
BR8D. PRENDRE (nom) EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RÉSIDENCE, DE LA COUR, DE L'ENCEINTE?	Sortir en dehors A	B	X	Y
BR8E. JOUER AVEC (nom)?	Jouer avec A	B	X	Y
BR8F. PASSER DU TEMPS AVEC (nom) À NOMMER, À COMPTER, ET/OU À DESSINER?	Passer du temps A	B	X	Y

MODULE SUR LA VITAMINE A VA

VA1. (Nom) A-T-IL A-T-IL/ELLE DÉJÀ REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLÉMENT) COMME CELLE-CI ? <i>Montrez la capsule ou le flacon pour différentes doses :</i> 100 000 UI pour les enfants âgés de 6-11 mois, 200 000 UI pour les enfants âgés de 12-59 mois.	Oui 1	→ MODULE SUIVANT.
	Non 2	
	NSP 8	
VA2. CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (NOM) A PRIS LA DERNIÈRE DOSE ?	Nombre de mois <input type="text"/> <input type="text"/>	
	NSP 98	
VA3. OU (nom) AVAIT-IL REÇU CETTE DERNIÈRE DOSE ?	Au centre de santé lors d'une visite de routine 1	
	Au centre de santé quand l'enfant était malade 2	
	Journée Nationale de Vaccination 3	
	Autre (à préciser) 6	
	NSP 8	

MODULE SUR L'ALLAITEMENT		BF
BF1. AVEZ-VOUS ALLAITÉ (<i>nom</i>) ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	BF3
BF2. ALLAITEZ-VOUS ENCORE (<i>nom</i>) ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	
BF3. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, A-T-IL/ELLE REÇU L'UNE DES CHOSES SUIVANTES : <i>Lire à haute voix le nom de chaque élément et enregistrer la réponse avant de passer à l'élément suivant.</i>		
BF3A. SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU MEDICAMENTS ?	A. Suppléments reçus 1 2 8	
BF3B. EAU ?	B. Eau 1 2 8	
BF3C. EAU SUCREE, PARFUMEE OU JUS DE FRUIT OU THE OU INFUSION?	C. Eau sucrée ou jus 1 2 8	
BF3D. SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ?	D. SRO 1 2 8	
BF3E. PREPARATION POUR BEBES VENDUE COMMERCIALEMENT ?	E. Préparation 1 2 8	
BF3F. LAIT EN BOITE, EN Poudre OU LAIT FRAIS	F. Lait 1 2 8	
BF3G. AUTRES LIQUIDES?	G. Autres liquides 1 2 8	
BF3H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (BOUILLIE , PUREE) ?	H. Aliment solide ou semi-solide 1 2 8	
BF3I. DECOCTION DE FEUILLES OU DE RACINES?	I. Décoction de feuilles ou de racines 1 2 8	
BF4. Vérifier BF3H : L'enfant à reçu un aliment solide ou semi-solide (purée) ?		
<p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Non. ou NSP <input type="checkbox"/> → Passer au Module Suivant</p>		
BF5. DEPUIS HIER À LA MÊME HEURE QUE MAINTENANT, COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL MANGÉ DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES OU DES PURÉES AUTRES QUE DES LIQUIDES? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois <input type="text"/> Ne sait pas 8	

CA5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A SOUFFERT DE LA TOUX, À UN MOMENT QUELCONQUE, DANS LES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, C'EST-À-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIÈRE SEMAINE?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	CA12
CA6. QUAND (<i>nom</i>) A SOUFFERT DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU AVAIT-IL DES DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	CA12
CA7. EST-CE QUE LES SYMPTÔMES SONT DÛS À UN PROBLÈME DANS LA POITRINE, OU LE NEZ QUI ÉTAIT BOUCHÉ ?	Problème dans la poitrine 1 Nez bouché 2 Les deux..... 3 Autre (<i>à préciser</i>) 6 NSP 8	CA12 CA12
CA8. AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE EN DEHORS DE LA MAISON ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	CA10
CA9. OÙ AVEZ-VOUS DEMANDÉ DES CONSEILS OU RECHERCHÉ UN TRAITEMENT ? QUELQUE PART AILLEURS OU QUELQU'UN D'AUTRE <i>Encercler tous les prestataires mentionnés, mais NE faites PAS de suggestions.</i> <i>S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrire le nom de l'endroit. Insister pour déterminer le type d'endroit et encercle le code approprié.</i> _____ (<i>Nom de l'endroit</i>)	Secteurs médicales publiques Hôpital 11 Centre Médical/ CMA 12 CSPS..... 13 Dispensaire/Maternité seul(e) 14 Dépôt pharmaceutique communautaire I 15 Autre public 16 (<i>à préciser</i>) Secteurs médicales privés Cabinet de médecin privé..... 21 Clinique PF 22 Pharmacie 23 Cabinet infirmier 24 Autre privé (<i>à préciser</i>) 26 (<i>à préciser</i>) Autre source Parent ou ami 31 Boutique/marché 32 Kiosque 33 Circuit commercial informel/Vendeur ambulatant 34 Autre source (<i>à préciser</i>) 96 (<i>à préciser</i>) NSP 98	
CA10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MÉDICAMENTS POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	CA12
CA11. QUEL MÉDICAMENT(<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>Encercler tous les médicaments mentionnés.</i>	Traitement antibiotique Amoxicilline sirop..... A Amoxicilline comprimé..... B Ampicilline sirop C Ampicilline comprimé D Cotrimoxazole sirop..... E Cotrimoxazole comprimé..... F Autre traitement antibiotique (<i>à préciser</i>) G Paracétamol/Panadol/Acetaminophen P Aspirine Q Ibuprofen R Autre (<i>à préciser</i>) X NSP Z	

CA11A. Vérifier CA11: Antibiotique donné ?

Oui

Non. ou NSP

Passer à CA12

CA11B. OÙ AVEZ-VOUS REÇU LES ANTIBIOTIQUES ?

- | | |
|---|----|
| Secteurs médicaux publiques | |
| Hôpital | 11 |
| Centre Médical/ CMA | 12 |
| CSPS..... | 13 |
| Dispensaire/Maternité seul(e) | 14 |
| Dépôt pharmaceutique communautaire I | 15 |
| Autre public | 16 |
| (à préciser) | |
| Secteurs médicaux privés | |
| Cabinet de médecin privé..... | 21 |
| Clinique PF | 22 |
| Pharmacie | 23 |
| Cabinet infirmier | 24 |
| Autre privé (à préciser)..... | 26 |
| (à préciser) | |
| Autre source | |
| Parent ou ami | 31 |
| Boutique/marché | 32 |
| Kiosque | 33 |
| Circuit commercial informel/Vendeur ambulant | 34 |
| Autre source (à préciser)..... | 96 |
| (à préciser) | |
| NSP | 98 |

CA11c. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYÉ POUR LES ANTIBIOTIQUES?

- | | |
|--------------|--|
| FCFA | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Gratuit..... | 9996 |
| NSP | 9998 |

CA12. Vérifier UF11: L'enfant est âgé de moins de 3 ans ?

Oui

Non.

Passer à CA14

CA13. LA DERNIÈRE FOIS QUE (nom) EST ALLÉ(E) À LA SELLE, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DÉBARRASSER DES EXCRÈMENTS ?

- | | |
|--|----|
| L'enfant a utilisé les toilettes/latrines..... | 01 |
| Jeté dans les toilettes/latrines | 02 |
| Jeté dans les égouts ou le fossé..... | 03 |
| Jeté avec les ordures ménagères | 04 |
| Enterré..... | 05 |
| Laisse à l'air libre | 06 |
| Autre (à préciser) | 96 |
| NSP | 98 |

Poser, à chaque mère/gardien(ne) d'enfant, la question suivante (CA14) seulement une fois.

CA14. PARFOIS LES ENFANTS SOUFFRENT DE MALADIES SÉVÈRES ET DEVRAIENT ÊTRE CONDUITS TOUT DE SUITE À UN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE. QUELS TYPES DE SYMPTÔMES VOUS AMÈNERAIENT À CONDUIRE IMMÉDIATEMENT VOTRE ENFANT À UN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE ?

Insister (Continuer à demander à l'enquêtée de citer plus de signes ou de symptômes jusqu'à ce qu'elle ne soit plus en mesure de le faire. **Mais NE lui faites PAS de suggestions** Encercler tous les symptômes mentionnés.

- | | |
|---|---|
| L'enfant ne peut pas boire ou téter | A |
| L'enfant devient de plus en plus malade..... | B |
| L'enfant développe une fièvre | C |
| L'enfant a une respiration rapide..... | D |
| L'enfant a des difficultés à respirer | E |
| L'enfant a du sang dans les selles | F |
| L'enfant boit difficilement..... | G |
| L'enfant vomit beaucoup | H |
| L'enfant fait des selles fréquemment | I |
| L'enfant a des convulsions..... | J |
| L'enfant a un catarrhe (Écoulement nasal, conjonctivite, larmoiements)..... | K |
| Autre (à préciser) | X |
| Autre (à préciser) | Y |
| Autre (à préciser) | Z |

MODULE SUR LE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS		ML
ML1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A SOUFFERT, À UN MOMENT QUELCONQUE, DE LA FIEVRE DANS LES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, C'EST-À-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIÈRE SEMAINE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	ML10
ML2. EST-CE- QUE (<i>nom</i>) A ÉTÉ AMENÉ(E) DANS UN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE DURANT CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	ML6
ML3. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MÉDICAMENTS CONTRE LA FIÈVRE OU LE PALUDISME QUI ONT ÉTÉ FOURNIS OU PRESCRITS PAR LES SERVICES D'UN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	ML5
ML4. QUEL MÉDICAMENT FOURNI OU PRESCRIT PAR LES SERVICES D'UN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>Encercler les codes de tous les médicaments mentionnés.</i> COMBINAISON BASEE SUR L'ARTEMISININE = ARSUMAX, ARSUCANE, ARINATE, COARINATE, COARTEN, ARTEQUIN, MALARIX)	Antipaludéens : SP/Fansidar/Maloxine A Chloroquine/Nivaquine/Camoquin/Amodiaquine B Quinine/Quinimax/Malarix C Combinaison basée sur l'Artémisinine D Autre antipaludéen (à préciser) H Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/Acetaminophen P Aspirine Q Ibuprofen R Autre (à préciser) X NSP Z	
ML5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MÉDICAMENTS CONTRE LA FIÈVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ÊTRE CONDUIT À UN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	ML7 ML8
ML6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MÉDICAMENTS CONTRE LA FIÈVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	ML8
ML7. QUEL MÉDICAMENT (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>Encercler les codes de tous les médicaments donnés. Demander à voir le médicament si le type de médicament n'est pas connu. Si le type de médicament ne peut être déterminé, montrer des antipaludéens à l'enquêtee.</i>	Antipaludéens : SP/Fansidar/Maloxine A Chloroquine/Nivaquine/Camoquin/Amodiaquine B Quinine/Quinimax/Malarix C Combinaison basée sur l'Artémisinine D Autre antipaludéen (à préciser) H Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/Acetaminophen P Aspirine Q Ibuprofen R Autre (à préciser) X NSP Z	
ML8. Vérifier ML4 et ML7: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> → Passer à ML10		
ML9. COMBIEN DE TEMPS APRÈS LE DÉBUT DE LA FIÈVRE, (<i>nom</i>) A-T-IL COMMENCÉ À PRENDRE (<i>nom de l'antipaludéen mentionné à ML4 ou ML7</i>) ? <i>S'il y a plusieurs antipaludéens mentionnés à ML4 ou ML7, il faut présenter tous les noms des médicaments antipaludéens mentionnés.</i> <i>Enregistrer le code du jour où l'antipaludéen a été donné.</i>	Même jour 0 Le jour suivant 1 2 jours après la fièvre 2 3 jours après la fièvre 3 4 jours ou plus après la fièvre 4 NSP 8	

<p>ML9a. OÙ AVEZ-VOUS REÇU LE (nom de l'antipaludéen à ML4 ou ML7) ?</p> <p><i>Si plus d'un antipaludéen est mentionné à ML4 ou ML7, il faut se référer au premier antipaludéen mentionné à ML4 ou, si aucun antipaludéen n'est mentionné à ML4, il faut se référer au premier antipaludéen mentionné à ML7.</i></p>	<p>Secteurs médicales publiques</p> <p>Hôpital 11</p> <p>Centre Médical/ CMA 12</p> <p>CSPS 13</p> <p>Dispensaire/Maternité seul(e) 14</p> <p>Dépôt pharmaceutique communautaire I 15</p> <p>Autre public 16</p> <p>(à préciser)</p> <p>Secteurs médicales privés</p> <p>Cabinet de médecin privé 21</p> <p>Clinique PF 22</p> <p>Pharmacie 23</p> <p>Cabinet infirmier 24</p> <p>Autre privé (à préciser) 26</p> <p>(à préciser)</p> <p>Autre source</p> <p>Parent ou ami 31</p> <p>Boutique/marché 32</p> <p>Kiosque 33</p> <p>Circuit commercial informel/Vendeur ambulant 34</p> <p>Autre source (à préciser) 96</p> <p>(à préciser)</p> <p>NSP 98</p>	
<p>ML9b. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYÉ POUR LE (NOM DE L'ANTIPALUDEEN A ML4 OU ML7) ?</p> <p><i>Si plus d'un antipaludéen est mentionné à ML4 ou ML7, il faut se référer au même antipaludéen mentionne ci-dessus à ML9A.</i></p>	<p>FCFA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Gratuit 9996</p> <p>NSP 9998</p>	
<p>ML9c. PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS TRAITÉ (nom) AVEC CE(S) MÉDICAMENT(S) ?</p>	<p>Nombre de jours <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP 98</p>	
<p>ML10. EST-CE QUE (nom) A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIÈRE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>→ MODULE SUIVANT</p>
<p>ML11. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS VOTRE MÉNAGE POSSÈDE-T-IL CETTE MOUSTIQUAIRE ?</p> <p><i>Si moins de 1 mois, écrire '00'.</i></p> <p><i>Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard.</i></p>	<p>Mois <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Plus de 24 mois 95</p> <p>Pas sûre 98</p>	
<p>ML12. QUELLE EST LA MARQUE DE CETTE MOUSTIQUAIRE ?</p> <p><i>Si l'enquêtée ne connaît pas la marque de la moustiquaire, montrer des images sur carte, ou si possible observer la moustiquaire.</i></p> <p>MOUSTIQUAIRES PERMANENTES:</p> <p>Permanet</p> <p>Olyset</p> <p>AUTRES MOUSTIQUAIRES :</p> <p>Moustiquaires à re-imprégner</p> <p>Moustiquaires ordinaires Une autre Marque quelconque de moustiquaire</p>	<p>Moustiquaire permanente :</p> <p>PERMANET/ SÉRÉNA 11</p> <p>OLYSET 12</p> <p>Autre moustiquaire :</p> <p>Moustiquaires à re-imprégner 31</p> <p>Moustiquaires ordinaires 32</p> <p>Autre marque 36</p> <p>(à préciser)</p> <p>NSP Marque 98</p>	<p>→ MODULE SUIVANT</p>

ML13. QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ÉTAIT-ELLE TRAITÉE AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ÉLOIGNER LES MOUSTIQUES ?	Oui 1 Non 2 NSP /pas sûre..... 8	
ML14. DEPUIS QUE VOUS AVEZ LA MOUSTIQUAIRE, EST-CE QUE VOUS L'AVEZ TREMPÉE OU PLONGÉE DANS UN LIQUIDE POUR TUER/ÉLOIGNER LES MOUSTIQUES OU LES INSECTES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	<input type="checkbox"/> → MODULE SUIVANT
ML15. COMBIEN DE TEMPS S'EST-IL ÉCOULÉ DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ÉTÉ TREMPÉE OU PLONGÉE DANS UN LIQUIDE INSECTICIDE POUR LA DERNIÈRE FOIS ? <i>Si moins de 1 mois, écrire '00'.</i> <i>Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été traitée il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard</i>	Mois <input type="text"/> <input type="text"/> Plus de 24 mois 95 Pas sûre/NSP 98	

MODULE SUR LA VACCINATION IM

Si une carte de vaccination est disponible, copiez dans IM2-IM8 les dates de chaque type de vaccin ou de dose de vitamine inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 sont réservées à l'enregistrement des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 seront posées seulement quand il n'y a pas de carte de vaccination disponible.

<p>IM1. Y A-T-IL UNE CARNET DE VACCINATION POUR (nom)?</p>	<p>Oui, vu 1 Oui, pas vu 2 Non 3</p>	<p>IM10</p>
<p>(a) Copier les dates des vaccinations pour chaque vaccin à partir du carnet ou de la carte. Écrire '44' dans la colonne 'jour' si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.</p>		
<p align="center">Date de vaccination</p>		
<p align="center">JOUR MOIS ANNÉE</p>		
<p>IM2. BCG BCG</p>	<p> </p>	<p> </p>
<p>IM3A. POLIO À LA NAISSANCE VPO0</p>	<p> </p>	<p> </p>
<p>IM3B. POLIO 1 VPO1</p>	<p> </p>	<p> </p>
<p>IM3C. POLIO 2 VPO2</p>	<p> </p>	<p> </p>
<p>IM3D. POLIO 3 VPO3</p>	<p> </p>	<p> </p>
<p>IM4A. DTCOQ1 DPCOQ1</p>	<p> </p>	<p> </p>
<p>IM4B. DTCOQ2 DPCOQ2</p>	<p> </p>	<p> </p>
<p>IM4C. DTCOQ3 DPCOQ3</p>	<p> </p>	<p> </p>
<p>IM4D. IMOVAX1/GENHEVAC IMOVAX1/GENHEVAC</p>	<p> </p>	<p> </p>
<p>IM4E. IMOVAX2/GENHEVAC IMOVAX2/GENHEVAC</p>	<p> </p>	<p> </p>
<p>IM4F. IMOVAX3/GENHEVAC IMOVAX3/GENHEVAC</p>	<p> </p>	<p> </p>
<p>IM6. ROUGEOLE (OU MMR) ROUGEOLE</p>	<p> </p>	<p> </p>
<p>IM7. FIÈVRE -JAUNE FJ</p>	<p> </p>	<p> </p>
<p>IM8A. VITAMINE A (1) VITA1</p>	<p> </p>	<p> </p>
<p>IM8B. VITAMINE A (2) VITA2</p>	<p> </p>	<p> </p>
<p>IM8C. VITAMINE A (3) VITA3</p>	<p> </p>	<p> </p>
<p>IM9. EN PLUS DES VACCINATIONS ET DES CAPSULES DE VITAMINE A INSCRITES SUR LA CARTE, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS, Y COMPRIS LES VACCINATIONS FAITES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION?</p> <p><i>Enregistrer 'Oui' seulement si l'enquêtée mentionne BCG, VPO 0-3, DTCOQ 1-3, Hépatite B 1-3, Rougeole, vaccin de Fièvre Jaune, ou des suppléments de Vitamine A.</i></p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>IM19</p>
<p>IM10. EST-CE QUE (nom) A REÇU DES VACCINATIONS POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>IM19</p>
<p>IM11. EST-CE QUE (nom) A REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE, C'EST-À-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS OU À L'ÉPAULE QUI LAISSE, GÉNÉRALEMENT, UNE CICATRICE?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p> </p>
<p>IM12. EST-CE QUE (nom) A REÇU UNE VACCINATION SOUS FORME « DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER DES MALADIES - COMME LA POLIO ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>IM15</p>
<p>IM13. QUAND LE PREMIER VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ, JUSTE APRÈS LA NAISSANCE (DANS LES DEUX PREMIÈRES SEMAINES) OU PLUS TARD ?</p>	<p>Juste après la naissance (dans les 2 semaines) 1 Plus tard 2</p>	<p> </p>
<p>IM14. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DE LA POLIO A T-IL ÉTÉ DONNÉ ?</p>	<p>Nombre de fois <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p> </p>
<p>IM15. EST-CE QUE (nom) A REÇU UNE « VACCINATION DTCOQ » - C'EST-À-DIRE UNE INJECTION FAITE À LA CUISSE OU AU BRAS POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTÉRIE ? (DONNÉE QUELQUEFOIS EN MÊME TEMPS QUE LES GOUTTES CONTRE LA POLIO).</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>IM17</p>
<p>IM16. COMBIEN DE FOIS ?</p>	<p>Nombre de fois <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p> </p>

IM17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE » OU MMR - C'EST-À-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8																	
IM18 EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? (DONNEE QUELQUEFOIS EN MEME TEMPS QUE LA ROUGEOLE).	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8																	
IM19. S'IL VOUS PLAÎT, DITES-MOI, SI (<i>nom</i>) A PARTICIPÉ À L'UNE DES JOURNÉES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU DE VITAMINE A OU LES JOURNÉES DE LA SANTÉ DE L'ENFANT ?: IM19A. JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION DU 13-16 MAI 2005 IM19B. JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION DU 15-18 NOVEMBRE 2005 IM19C. JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION DU 16-19 DÉCEMBRE 2005	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Journées Nationales de Vaccination du 13-16 mai 2005</i></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td><i>Journées Nationales de Vaccination du 15-18 novembre 2005</i></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td><i>Journées Nationales de Vaccination du 16-19 Décembre 2005</i>.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	NSP	<i>Journées Nationales de Vaccination du 13-16 mai 2005</i>	1	2	8	<i>Journées Nationales de Vaccination du 15-18 novembre 2005</i>	1	2	8	<i>Journées Nationales de Vaccination du 16-19 Décembre 2005</i>	1	2	8	
	O	N	NSP															
<i>Journées Nationales de Vaccination du 13-16 mai 2005</i>	1	2	8															
<i>Journées Nationales de Vaccination du 15-18 novembre 2005</i>	1	2	8															
<i>Journées Nationales de Vaccination du 16-19 Décembre 2005</i>	1	2	8															

IM20. Y a-t-il un autre enfant qui vit dans le ménage dont l'enquêtée est la mère/gardienn(e) ? Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8. <p style="text-align: center;"> Oui <input type="checkbox"/> → Fin du présent questionnaire et puis passer au QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS pour l'administrer à l'enfant éligible suivant </p> <p style="text-align: center;"> Non. <input type="checkbox"/> → Fin de l'interview. Remercier l'enquêté(e) de sa collaboration. Et passez à IM20A </p>	IM20A Y a-t-il un autre enfant de moins de cinq ans qui vit dans le ménage ? Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8. <p style="text-align: center;"> Oui <input type="checkbox"/> → Passer au QUESTIONNAIRE DE CES ENFANTS et procéder aux mesures anthropométriques </p> <p style="text-align: center;"> Non. <input type="checkbox"/> → Fin de l'interview dans le ménage. Remercier l'enquêté(e) de sa collaboration. Si cet enfant est le dernier enfant éligible dans le ménage, passer au MODULE SUR L'ANTHROPoméTRIE. </p>
--	--

MODULE SUR L'ANTHROPOMETRIE AN

Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le mesureur pèse et mesure chaque enfant. Inscrire ci-dessous le poids et la taille en position allongée ou en position debout, 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 sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.

AN1. Poids de l'enfant.	Kilogrammes (kg)..... <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
AN2. Taille de l'enfant. Vérifier l'âge de l'enfant en UF11: Enfant âgé de moins de 2 ans <input type="checkbox"/> → Mesure de la taille (en position allongée). Enfant âgé de 2 ans ou plus. <input type="checkbox"/> → Mesure de la taille (en position debout).	Taille (cm) Position debout.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Taille (cm) Position couchée.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
AN3. Code d'identification du mesureur.	Numéro de code <input type="text"/> <input type="text"/>
AN4. Résultat des mesures.	Mesuré.....1 Absent2 Refus3 Autre (à préciser)6

AN5. 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. → Fin de l'interview avec ce ménage. Remercier tous les participants de leur collaboration. Rassembler tous les questionnaires de ce ménage et vérifier que les numéros d'identification figurent en haut de chaque page. Inscrire le nombre de questionnaires remplis sur la page du Panneau d'Identification du Ménage.

EFH. ENREGISTREZ L'HEURE DE FIN DE L'INTERVIEW	HEURE MINUTES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	------------------	--

OBSERVATIONS

UTILISEZ CET ESPACE POUR ENREGISTRER TOUTES LES OBSERVATIONS QUI PEUVENT AIDER A LA COMPREHENSION DES INFORMATIONS SUR CE MENAGE ENQUETE (INFORMATION SUR LES FEUILLES DES INTERVIEWS INDIVIDUELLES INCOMPLETES, NOMBRE DE VISITES, ETC.).

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE _____

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE _____

DATE _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE _____

DATE _____