

QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS REPUBLIQUE DU TCHAD

PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

UF

Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir colonne HL9 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir colonne HL6 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).
Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible.

UF1. Numéro de grappe: _____ !__!__!__!	UF2. Numéro de ménage: _____ !__!__!
UF3. Nom de l'enfant: _____	UF4. Numéro de ligne de l'enfant: _____ !__!__!
UF5. Nom de la mère / gardienne: Nom _____	UF6. Numéro de ligne de la mère / gardienne: _____ !__!__!
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice: Nom _____ !__!__!	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview: !__! !__! !__! !__! !__!
<p>Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée: NOUS NOUS SOMMES DES AGENTS DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE, DES ETUDES ECONOMIQUES ET DEMOGRAPHIQUES. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (nom). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DU CADRE DU PROJET.</p>	
<p>PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT? <input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇒ Allez à UF12 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview. <input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ⇒ Complétez UF9. Discutez ce résultat avec votre superviseur.</p>	
UF9. Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans: Les codes font référence à la mère/gardienne.	Rempli 01 Pas à la maison 02 Refusé 03 Partiellement rempli 04 Incapacité 05 Autre (précisez) 6
UF10. Contrôlé sur le terrain par (Nom et code): Nom _____	UF11. Agent de saisie (Nom et code): Nom _____
UF12. Enregistrez l'heure du début de l'interview.	Heure et minutes..... : ____ : ____

AGE

AG

AG1	MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE DE (nom). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E? Insistez: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ? Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrivez également le jour ; autrement, encrer 98 pour jour Le mois et l'année doivent être enregistrés.	Date de naissance: Jour !__!__! NSP Jour 98 Mois..... !__!__! Année.....!__!__!__!__!
AG2	QUEL AGE A (nom)? Insistez: QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE? Enregistrez l'âge en années révolues. Si moins de 1 an, enregistrez '0'. Comparez et corrigez AG1 et/ou AG2 if incohérentes.	Âge (en années révolues)..... !__!

Questionnaires

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES

BR

BR1	(Nom) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE? Si oui, demandez PUIS-JE LE VOIR?	Oui, vu1 Oui, non vu.....2 Non3 NSP.....8	1⇒BR2A 2⇒BR2A
BR2	LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ETE ENREGISTRÉE / DÉCLARÉE À L'ÉTAT CIVIL?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	1⇒ BR2A 2⇒ BR3 8⇒ BR3
BR2A	L'ENFANT A-T-IL ETE ENREGISTRE DANS LES DEUX MOIS APRES SA NAISSANCE?	Oui.....1 Non2	
BR2B	L'ENREGISTREMENT A-T-IL ETE PAYANT?	Oui.....1 Non2	1⇒Module suivant 2⇒Module suivant
BR3	SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT?	Oui.....1 Non2	2⇒Module suivant
BR4	POURQUOI LA NAISSANCE DE (nom) N'A-T-ELLE PAS ETE ENREGISTREE/DECLAREE?	Coûte trop cher.....1 C'est trop loin.....2 Ne savait pas qu'elle devait être enregistrée.....3 Ne voulait pas payer d'amende.....4 Ne sait pas où l'enregistrer.....5 Autre (précisez).....6 NSP.....8	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

EC

EC1	COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (nom)?	Aucun.....00 Nombre de livres d'enfant.....0_ Dix livres ou plus.....10	
EC2	JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (nom) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC: [A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON)? [B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT? [C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES CUVETTES OU CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES)? Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insistez pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.	O N NSP Jouets fabriqué à la maison.... 1 2 8 Jouets de magasin..... 1 2 8 Objets du ménage ou objets du dehors..... 1 2 8	
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. AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE, COMBIEN DE JOURS (nom) A-T-IL/ELLE ETE: [A] LAISSE SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE? [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? Si 'jamais', inscrivez '00'. Si 'Ne sait pas', inscrivez '98'	Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure..... __ __ Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure .. __ __	

EC4	Vérifiez AG2: Age de l'enfant <input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuez avec EC5 <input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Allez au Module suivant.					
EC5	(Nom) SUIV-IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'EVEIL, COMME UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE?	Oui.....1 Non.....2 2⇒EC7 NSP.....8 8⇒EC7				
EC6	AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (nom) A-T-IL FREQUENTE CET ENDROIT?	Nombre d'heures			— —	
EC7	PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE PLUS DE 15 ANS, PARTICIPE AVEC (nom) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES: Si oui, demandez: QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (nom)? Encerclez tout ce qui est mentionné. [A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (nom)? [B] RACONTER DES HISTOIRES A (nom)? [C] CHANTER DES CHANSONS A (nom) OU AVEC (nom), Y COMPRIS DES BERCEUSES? [D] EMMENER (nom) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE? [E] JOUER AVEC (nom)? [F] PASSER DU TEMPS AVEC (nom) A NOMMER, A COMPTE, ET/OU A DESSINER?		Mère Lire des livres Raconter des histoires Chanter des chansons Promener Jouer Passer du temps	Père A B X Y A B X Y	Autre X X X X X X	Personne Y Y Y Y Y Y
EC8	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. 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. EST-CE QUE (nom) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8				
EC9	EST-CE QUE (nom) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8				
EC10	EST-CE QUE (nom) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8				
EC11	EST-CE QUE (nom) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8				
EC12	EST-CE QU'IL ARRIVE PARFOIS QUE (nom) SOIT TROP MALADE POUR JOUER?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8				
EC13	EST-CE QUE (nom) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS POUR FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8				
EC14	QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (nom), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8				
EC15	EST-CE QUE (nom) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8				
EC16	EST-CE QUE (nom) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8				
EC17	EST-CE QUE (nom) EST FACILEMENT DISTRAIT?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8				

Questionnaires

ALLAITEMENT

BF

BF1	EST-CE QUE (nom) A ETE ALLAITE?	Oui.....1 Non2 2⇒BF3 NSP.....8 8⇒BF3
BF2	EST-CE QUE (nom) EST ENCORE ALLAITE?	Oui.....1 Non2 NSP.....8
BF3	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER QUELS LIQUIDES (nom) A RECU HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT. JE CHERCHE A SAVOIR SI (nom) A REÇU CE LIQUIDE MEME S'IL ETAIT MELANGE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. EST-CE QUE (nom) A BU DE L'EAU HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui.....1 Non2 NSP.....8
BF4	EST-CE QUE (nom) A BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDU EN COMMERCE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui.....1 Non2 2⇒BF6 NSP.....8 8⇒BF6
BF5	COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE?	Nombre de fois__ __
BF6	EST-CE QUE (nom) A BU DU LAIT TEL QUE DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui.....1 Non2 2⇒BF8 NSP.....8 8⇒BF8
BF7	COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL BU DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL?	Nombre de fois__ __
BF8	EST-CE QUE (nom) A BU DES JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS DE FRUITS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui.....1 Non2 NSP.....8
BF9	EST-CE QUE (nom) A BU DE LA SOUPE HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui.....1 Non2 NSP.....8
BF10	EST-CE QUE (nom) A BU DES SUPPLEMENTS VITAMINIQUES OU MINERAUX OU DES MEDICAMENTS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui.....1 Non2 NSP.....8
BF11	EST-CE QUE (nom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui.....1 Non2 NSP.....8
BF12	EST-CE QUE (nom) A BU D'AUTRES LIQUIDES, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui.....1 Non2 NSP.....8
BF13	EST-CE QUE (nom) A BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui.....1 Non2 2⇒BF15 NSP.....8 8⇒BF15
BF14	COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Nombre de fois__ __
BF15	EST-CE QUE (nom) A MANGE DE LA BOUILLIE LEGERE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8
BF16	EST-CE QUE (nom) A MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non2 2⇒BF18 NSP.....8 8⇒BF18
BF17	COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois__ __
BF18	EST-CE QUE (nom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8

SOINS DES ENFANTS MALADES

CA

CA1	EST-CE QUE (nom) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES?	Oui.....1 Non.....2 2⇒CA7 NSP.....8 8⇒CA7
CA2	JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITE DE LIQUIDES A ETE DONNE A (nom) DURANT SA DIARRHEE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). PENDANT QUE (nom) AVAIT LA DIARRHEE, A T-IL/ELLE RECU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE? Si moins, insistez: EST-CE QU'IL/ELLE A RECU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE?	Beaucoup moins1 Un peu moins2 Environ la même quantité.....3 Plus.....4 Rien à boire5 NSP.....8
CA3	PENDANT QUE (nom) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE RECU A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGE? Si moins, insistez: EST-CE QU'IL/ELLE A RECU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE?	Beaucoup moins1 Un peu moins2 Environ la même quantité.....3 Plus.....4 A stoppé nourriture.....5 N'a jamais donné à manger6 NSP.....8
CA4	AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (nom) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS: Lisez à haute voix le nom de chaque produit et enregistrez la réponse avant de passer au produit suivant. [A] UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SPECIAL APPELE (nom local du sachet de solution SRO)? [B] UN LIQUIDE SRO PRECONDITIONNE POUR LA DIARRHEE? [C] EAU SALEE SUCREE [D] EAU DE RIZ [E] BOUILLON DE CAROTTE [F] BOUILLIE LEGERE A BASE DE CEREALE (mil, sorgho, maïs, etc.) [G] EAU DE FEUILLE DE GOYAVIER	0 N NSP Liquide sachet SRO.....1 2 8 Liquide SRO pré-conditionné.....1 2 8 Eau salée sucrée..... 1 2 8 Eau de riz..... 1 2 8 Bouillon de carotte 1 2 8 Bouillie légère à base de céréale 1 2 8 Eau de feuille de goyavier .. 1 2 8
CA5	EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ETE DONNE POUR TRAITER LA DIARRHEE?	Oui.....1 Non.....2 2⇒CA7 NSP.....8 8⇒CA7
CA6	QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHEE? Insistez: RIEN D'AUTRE? Enregistrez tous les traitements donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés. (Nom des médicaments)	Comprimé ou Sirop Antibiotique.....A AntimotilitéB Zinc.....C Autre (pas antibiotique, antimotilité ou zinc)G Comprimé ou sirop inconnuH Injection Antibiotique.....L Non-antibiotiqueM Injection inconnueN Intraveineuse.....O Remède maison/ herbes médicinales Q Autre (précisez).....X
CA7	EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (nom) A ETE MALADE AVEC DE LA TOUX?	Oui.....1 Non.....2 2⇒CA14 NSP.....8 8⇒CA14
CA8	QUAND (nom) 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?	Oui.....1 Non.....2 2⇒CA14 NSP.....8 8⇒CA14

Questionnaires

CA9	LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT?	Problème de bronches..... 1 Nez bouché ou qui coulait..... 2 2⇒CA14 Les deux..... 3 Autre (précisez) _____ 6 6⇒CA14 NSP..... 8
CA10	AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE A L'EXTERIEUR DE LA MAISON?	Oui..... 1 Non 2 2⇒CA12 NSP..... 8 8⇒CA12
CA11	OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT? Insistez: NULLE PART AILLEURS? Encerclez tous les endroits mentionnés, Mais ne suggérez PAS de réponse. Insistez pour identifiez chaque type d'endroit. Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit. _____ (Nom de l'endroit)	Secteur public Hôpital du gouvernement A Centre de santé du gouvernement B Poste de santé du gouvernement C Agent de santé villageois D Clinique mobile/communautaire E Autre public (précisez)..... H Secteur médical privé Hôpital/clinique privé I Médecin privé..... J Pharmacie privée K Clinique mobile L Autre médical privé (précisez)..... O Autre source Parent (e)/ Ami (e) P Boutique Q Praticien traditionnel R Autre (précisez)..... X
CA12	EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE?	Oui..... 1 Non 2 2⇒CA14 NSP..... 8 8⇒CA14
CA13	QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (nom)? Insistez: AUCUN AUTRE MEDICAMENT? Encerclez tous les médicaments donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés. _____ (Nom des médicaments)	Antibiotique Comprimé / Sirop..... A Injection..... B Antipaludéens..... M Paracétamol/Panadol/ Acétaminophène..... P Aspirine..... Q Ibuprofen R Autre (précisez) _____ X NSP..... Z
CA14	Vérifiez AG2: enfant de moins de 3 ans? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuez avec CA15 <input type="checkbox"/> NON. ⇒ ALLEZ AU MODULE SUIVANT	
CA15	LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?	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 Laisse à l'air libre 06 Autre (précisez) _____ 96 NSP..... 98

PALUDISME

ML

ML1	A N'IMPORTE QUEL MOMENT, AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE (nom) A ETE MALADE AVEC DE LA FIEVRE?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	2⇒Module suivant 8⇒Module suivant
ML2	À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA MALADIE, EST-CE QUE (nom) A EU DU SANG PRELEVE AU BOUT DE SON DOIGT OU AU TALON POUR EFFECTUER UN TEST?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	
ML3	AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT QUELQUE PART OU AUPRES DE QUELQU'UN POUR LA MALADIE?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML4	EST-CE QUE (nom) A ETE EMMENE DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE DURANT SA MALADIE?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML5	EST-CE QUE L'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME DANS CET ETABLISSEMENT DE SANTE?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML7 8⇒ML7
ML6	QUEL MEDICAMENT A-T- ON DONNE A (nom) ? Insistez : AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? Encerclez tous les médicaments mentionnés. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments. _____ (Nom des médicaments)	Antipaludéens: SP(*) / Fansidar A Chloroquine B Amodiaquine C Quinine D Combinaison avec Artémisinine(**) E DBC Antipaludéen spécifique au pays F Autre antipaludéen (précisez) H Antibiotiques Comprimés / Sirop I Injection J Autres médicaments: Paracétamol/ Panadol / Acétaminophen P Aspirine Q Ibuprofen R Autre (précisez) X NSP Z <small>(*) SP = Falcidox, Malaridexin, Fansidar, Paludose, etc. (**) Combinaison avec Artémisinine = Serenadose, Luther, Coartem, Co-arinat, Co-arsucam, Artemod, Arsumoon, etc.</small>	
ML7	EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	1⇒ML9 2⇒ML10 8⇒ML10
ML8	EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AU COURS DE CETTE MALADIE?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML10 8⇒ML10

Questionnaires

ML9	<p>QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (nom)?</p> <p>Insistez: AUCUN AUTRE MEDICAMENT? Encerclez tous les médicaments mentionnés. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments. _____ (Nom des médicaments)</p>	<p>Antipaludéens:</p> <p>SP(*) / Fansidar A</p> <p>Chloroquine B</p> <p>Amodiaquine C</p> <p>Quinine D</p> <p>Combinaison avec Artémisinine(**) E</p> <p>DBC Antipaludéen spécifique au pays.F</p> <p>Autre antipaludéen (précisez) _____ H</p> <p>Antibiotiques</p> <p>Comprimés / Sirop I</p> <p>Injection J</p> <p>Autres médicaments:</p> <p>Paracétamol/ Panadol/</p> <p>Acétaminophen P</p> <p>Aspirine Q</p> <p>Ibuprofen R</p> <p>Autre (précisez) _____ X</p> <p>NSP Z</p> <p><small>(*) SP = Falcidox, Malariadexin, Fansidar, Paludose, etc. (**)Combinaison avec Artémisinine = Serenadose, Luther, Coartem, Co-arinate, Co-arsucam, Artemod, Arsumoon, etc.</small></p>
ML10	<p>Vérifiez ML6 et ML9: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuez avec ML11.</p> <p><input type="checkbox"/> NON. ⇒ ALLEZ AU MODULE SUIVANT.</p>	
ML11	<p>COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE AIT COMMENCE, (nom) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (nom de l'antipaludéen déclaré à ML6 ou ML9)?</p> <p>Enregistrez combien de temps après le début de la fièvre le premier antipaludéen a été donné.</p>	<p>Même jour 0</p> <p>Jour suivant 1</p> <p>2 jours après début de la fièvre 2</p> <p>3 jours après début de la fièvre 3</p> <p>4 jours ou plus après début de la fièvre 4</p> <p>NSP 8</p>

(*) SP = Falcidox, Malariadexin, Fansidar, Paludose, etc. (**)Combinaison avec Artémisinine = Serenadose, Luther, Coartem, Co-arinate, Co-arsucam, Artemod, Arsumoon, etc.

VACCINATIONS

IM

Si une carte (un carnet) de vaccination est disponible, recopiez les dates à IM3 pour chaque vaccination enregistrée sur la carte (le carnet). Les questions IM6-IM17 servent à enregistrer les vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte (le carnet). Vous ne poserez IM6-IM17 que si une carte (un carnet) n'est pas disponible.

IM1	<p>AVEZ-VOUS UNE CARTE (UN CARNET) OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTREES ? (SI Oui) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAIT ?</p>	<p>Oui, vu 1 1⇒IM3</p> <p>Oui, non vu 2 2⇒IM6</p> <p>Pas de carte (carnet) 3</p>
IM2	<p>AVEZ-VOUS DEJA EU UNE CARTE (UN CARNET) DE VACCINATION POUR (nom) ?</p>	<p>Oui 1 1⇒IM6</p> <p>Non 2 2⇒IM6</p>

IM3	(a) Recopiez les dates de chaque vaccination à partir de la carte (du carnet). (b) Inscrivez '44' dans la colonne jour si la carte (le carnet) montre que le vaccin a été donné mais que la date n'a pas été enregistrée.	Date des vaccinations			
		Jour	Mois	Année	
	BCG	BCG			
	POLIO A LA NAISSANCE	VPO0			
	POLIO 1	VPO 1			
	POLIO 2	VPO 2			
	POLIO 3	VPO 3			
	DTCOQ 1	DTCOQ1			
	DTCOQ 2	DTCOQ2			
	DTCOQ 3	DTCOQ 3			
	HEPB A LA NAISSANCE	H0			
	HEPB1	H1			
	HEPB2	H2			
	HEPB3	H3			
	ROUGEOLE (OU ROR)	ROUG.			
	FIEVRE JAUNE	FJ			
	PENTA VALENT 1	PENTA1			
	PENTAVALENT 2	PENTA 2			
	PENTAVALENT 3	PENTA3			
IM4	Vérifiez IM3. Est-ce que toutes les vaccinations (du BCG à la Fièvre Jaune) sont enregistrées? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuez avec IM18 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuez avec IM5				
IM5	EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CE CARNET, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS? Enregistrez 'Oui' seulement si l'enquêtée mentionne des vaccins qui figurent dans le tableau ci-dessus.	Oui.....1 (Insistez pour les vaccins et inscrivez '66' à la colonne jour correspondante pour chaque vaccin mentionné. Ensuite, sautez à IM18.) Non2 2⇒IM18 NSP.....8 8⇒IM18			
IM6	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU DES VACCINS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS?	Oui.....1 Non2 2⇒IM18 NSP.....8 8⇒IM18			
IM7	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS LE BRAS OU L'EPAULE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE?	Oui.....1 Non2 NSP.....8			
IM8	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE DES MALADIES - C'EST-A-DIRE LA POLIO?	Oui.....1 Non2 2⇒IM11 NSP.....8 8⇒IM11			
IM9	EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE DU VACCIN CONTRE LA POLIO A ETE DONNEE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE OU PLUS TARD?	Dans les 2 premières semaines.....1 Plus tard.....2			
IM10	COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE?	Nombre de fois..... __			
IM11	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU « LE VACCIN DTCOQ » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE? Insistez en précisant que le vaccin du DTCOq est parfois donné en même temps que la polio	Oui.....1 Non2 2⇒IM13 NSP.....8 8⇒IM13			
IM12	COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LE DTCOQ A-T-IL ETE DONNE?	Nombre de fois..... __			

Questionnaires

IM13	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU LE VACCIN CONTRE L'HEPATITE B – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER L'HEPATITE B Insistez en précisant que le vaccin contre l'hépatite B est parfois donné en même temps que les vaccins de la polio et du DTCoq	Oui.....1 Non2 2⇒IM16 NSP.....8 8⇒IM16
IM14	EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE D'HEPATITE B A ETE DONNEE DANS LES 24 H APRES LA NAISSANCE OU PLUS TARD?	Dans les 24 h après naissance1 Plus tard.....2
IM15	COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE L'HEPATITE B A-T-IL ETE DONNE?	Nombre de fois _
IM16	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE OU UNE INJECTION ROR - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS GAUCHE A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE?	Oui.....1 Non2 NSP.....8
IM17	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIEVRE JAUNE - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS DROIT A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? Insistez en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.	Oui.....1 Non2 NSP.....8
IM18	EST-CE QUE (nom) A RECU UNE DOSE DE VITAMINE A DOSE COMME CELA DANS LES 6 DERNIERS MOIS? Montrez les types d'ampoules/ capsule / sirops les plus communs	Oui.....1 Non2 NSP.....8
IM19	Enregistrez la date de la prise de Vitamine A la plus récente telle que vue sur la carte (le carnet) de vaccination Ecrivez '44' pour jour si la carte (le carnet) montre qu'une dose de Vit A a été donnée mais que la date n'a pas été enregistrée ; laissez le mois et l'année en blanc.	Jour _ _ Mois..... _ _ Année..... _ _ _ _ Pas de mention de Vitamine A portée sur la carte (le carnet)99999994 Pas de carte(carnet) /carte (carnet) pas vu(e)99999995
IM20	Dites-moi, s'il vous plaît, si (nom) a participé à l'une des campagnes ou journées nationales de vaccination suivantes et/ ou à l'une des journées de vitamine A suivantes ou à l'une des journées de la santé de l'enfant suivantes: [A] 30 OCTOBRE 2009 AU 1ER NOVEMBRE 2009/ Campagne nationale Polio [B] 30 OCTOBRE 2009 AU 1ER NOVEMBRE 2009/ Polio, Vitamine A et déparasitage (Batha, Borkou, Ennedi, Guéra, Kanem, Barh El Gazal, Ouaddai, Salamat, Sila, Wadi Fira) [C] 11 AU 13 SEPTEMBRE 2009/ Polio, Vitamine A et déparasitage (Tibesti, Chari Baguirmi, Hadjer Lamis, Lac, Logone Occidental, Logone Oriental, Mandoul, Mayo Kebbi Est, Mayo Kebbi Ouest, Moyen Chari, N'Djaména, Tandjilé) [D] 10 AU 12 JUILLET 2009/ Polio, Vitamine A et déparasitage (Tibesti, Chari Baguirmi, Lac, Logone Occidental, Logone Oriental, Mandoul, Mayo Kebbi Est, Mayo Kebbi Ouest, Moyen Chari, N'Djaména, Tandjilé) [E] DECEMBRE 2008/ Campagne nationale Polio, Vitamine A et déparasitage	0 N NSP Campagne A.....1 2 8 Campagne B.....1 2 8 Campagne C.....1 2 8 Campagne D.....1 2 8 Campagne E.....1 2 8
UF13.	Enregistrez l'heure de fin de l'interview.	Heure et minutes..... _ _ : _ _
UF14.	Est-ce que l'enquêté(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d'un autre enfant âgé de 0-4 ans vivant dans ce ménage ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Indiquez à l'enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant plus tard. Allez au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la même personne <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Terminez l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et dites-lui que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant Vérifiez s'il y a une autre femme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui vous devrez administrer un questionnaire dans ce ménage. Commencez un nouveau questionnaire femme ou enfant de moins de 5 ans ou organisez-vous pour les mesures anthropométriques de tous les enfants éligibles de ce ménage.	

ANTHROPOMÉTRIE

AN

Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien (mesureur) pèse et mesure chaque enfant.

Enregistrez 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. Vérifiez le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.

AN1.	NOM ET CODE DU TECHNICIEN (MESUREUR):	Nom _____
AN2.	Résultat des mesures de la taille en position debout/allongée et du poids	Une ou les deux mesures1 Enfant non présent.....2 2⇒AN6 Enfant ou gardienne a refusé.....3 3⇒AN6 Autre (précisez) 6 6⇒AN6
AN3.	Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg) ____ . ____ Poids non mesuré99.9
AN4.	Taille de l'enfant en position debout ou allongée ge de l'enfant à AG2: <input type="checkbox"/> Enfant de moins de 2 ans. ⇒ Mesurez la taille (position allongée). <input type="checkbox"/> Enfant de 2 ans ou plus. ⇒ Mesurez la taille (position debout).	Taille (cm) Position allongée.....1 ____ . ____ Taille (cm) Position debout.....2 ____ . ____ Taille allongée/debout non mesurée9999.9
AN5.	Œdème Observez et enregistrez.	Vérifié: Œdème présent.....1 Œdème non présent2 Pas sûr3 Non vérifié (précisez la raison) 7

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

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

Non. ⇒ Terminez l'interview avec ce ménage en remerciant tous les participants pour leur coopération.

Rassemblez tous vos questionnaires pour ce ménage et vérifiez que tous les numéros d'identification sont insérés à chaque page.

Notez dans le panneau d'information sur le ménage le nombre d'interviews complétées.

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations de la contrôleuse:

Observations du chef d'équipe