



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



ENQUETE DE BASE POUR L'ÉVALUATION D'IMPACT DU PDSS

2015

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX FORMATIONS SANITAIRES

F4 : OBSERVATION DIRECTE DES CONSULTATIONS PCIME D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Province :		District :	
		Aire de santé	
Zone de Santé (ZS)		Nom de Fosa	
Village / Quartier :		Type de la Formation sanitaire:	Hôpital 01 Centre de santé 02

Statut de FOSA	Public	1	Categorie de Centre de santé:
	Privé à but lucratif	2	
	Privé à but non-lucratif	3	
	Confessionnel	4	
	Parapublic (Etat-confessionnel, Etat-Privé)	5	
			PMAS 1 PMAE 2

COORDONNEES GPS DE LA FORMATION SANITAIRE

LATITUDE (NORD):							
LONGITUDE (EST):							
MILIEU DE RESIDENCE	Urbain	1					
	Rural	2					

VISITES DES FORMATIONS SANITAIRES

NOM/PRENOM DE L'ENQUÊTEUR:		CODE ENQUÊTEUR:	
Date Visite	JOUR	MOIS	ANNÉE

CONSENTEMENT ECLAIRE, A RECUEILLIR AVANT LE DEBUT DE L'ENTREVUE

ENQUÊTEUR : Bonjour/Bonsoir ! Je m'appelle _____, je travaille pour Médecins d'Afrique (MDA). Le Ministère de la santé publique nous a demandé de mener une étude sur les formations sanitaires dans la province (du) de l'..... . Aujourd'hui, nous allons nous entretenir avec le personnel de la formation sanitaire . Nous voulons déterminer le niveau général et la qualité des prestations de service dans les formations sanitaires dans la province (du) de l'..... Si vous acceptez de prendre part à cet entretien, nous vous assurons que les informations fournies seront traitées confidentiellement. Vous avez le droit de refuser de prendre part à l'entretien au début ou de l'interrompre à n'importe quelle étape. Toutefois, nous vous réaffirmons que les informations que vous allez fournir sont d'une importance capitale pour le Ministère de la santé qui s'en servira dans l'amélioration des services de santé dans cette province . Acceptez-vous prendre part à l'enquête aujourd'hui ?

OUI 1
NON 2

☐

Section 1 : Identification (Posez directement la question à l'agent)			NOTER LES RÉPONSES
(1.01)	Nouveau patient	Oui 1	_
		Non 2	
(1.02)	SAISIR LE NUMÉRO DE SUIVI DU PATIENT		_ _ _ _ _ _ _
(1.03)	Sexe du patient	Masculin 1	_
		Féminin 2	
(1.04)	Numéro de suivi de l'agent de santé (Questionnaire F1)		_ _ _ _ _ _ _ _ _
(1.05)	Sexe de l'agent de santé	Masculin 1	_
		Féminin 2	
(1.06)	Type d'agent	Médecin 1	_ _ _
		Infirmier(ère) L2 2	
		Infirmier(ère) A2 3	
		infirmier(ère) A1 4	
		technicien de labo 5	
		Sage-Femme / accoucheur 6	
	Autre: Specifiez		
(1.07)	Poser la question suivante à l'agent de santé observé : " Avez-vous reçu une formation en PCIME ? "	Oui 1	_
		Non 2 ► (2.01)	
(1.08)	Avez-vous suivi cette formation au cours des 12 derniers mois ?	Oui 1	_
		Non 2	
Section 2 : Prise des antécédents et examen			
(2.01)	Heure de début de la consultation ex. 7 h est 0700, 8 h 30 est 0830 et 19 h est 1900. Veuillez retenir que la consultation peut se dérouler en deux phases.		_ _ _ _ _ _ _
(2.02)	L'agent de santé salue-t-il le patient ou l'accompagnateur du malade ?	Oui 1	_
		Non 2	
(2.03)	L'agent de santé se lave t-il les mains avec du savon et de l'eau du robinet ou seau avec robinet avant d'examiner le patient (utilisation de désinfectant) ?	Oui 1	_
		Non 2	
(2.04)	A t-il demandé l'âge du patient ?	Oui 1	_
		Non 2 ► (2.06)	
(2.05)	Quel est l'âge du patient ? Notez 99 si l'accompagnateur ne sait pas. Remplissez "02" mois, e "00" dans la case années si l'enfant a moins d'un an.	a. Années	_ _
		b. Mois	_ _
(2.06)	L'agent de santé a-t-il demandé la nature du mal (motif de la présente consultation)?	Oui 1	_
		Non 2 ► (2.09)	
(2.07)	UN SEUL SYMPTOME/PLAINTÉ PRINCIPAL POSSIBLE	Diarrhée 1	_ _ _
		Fiebre (incl. paludisme) 2	
		Toux/difficulté respiratoire 3	
		Dermatose (maladie de la peau) 4	
		Difficulté à déglutir, douleur à la déglutition (Amygdalite / angine) 5	
		Douleur à l'oreille (Otité) 6	
		Blessure 7	
		Convulsion 8	
		Perte de conscience 9	
		Asthénie physique(fatigue) 10	
		Vomissement 11	
		Autre à préciser 97	

(2.08)	MARQUEZ TOUS LES AUTRES SYMPTOMES MENTIONNES PAR L'ACCOMPAGNATEUR	a.Diarrhée	<input type="checkbox"/>	
		b.Fièvre	<input type="checkbox"/>	
		c.Toux/difficulté respiratoire	<input type="checkbox"/>	
		d.Dermatose (maladie de la peau)	<input type="checkbox"/>	
		e.Difficulté à déglutir, douleur à la déglutition (Amygdalite / angine)	<input type="checkbox"/>	
		f.Douleur à l'oreille (Otite moyenne)	<input type="checkbox"/>	
		g.Blessure	<input type="checkbox"/>	
		h.Convulsion	<input type="checkbox"/>	
		i.Perte de conscience	<input type="checkbox"/>	
		j.Asthénie physique(fatigue)	<input type="checkbox"/>	
		k.Vomissement	<input type="checkbox"/>	
		l.Autre à préciser	<input type="checkbox"/>	
			NOTER « 1 » POUR OUI ; « 2 » POUR NON POUR CHACUNE DES OPTIONS SUIVANTES	Oui
(2.09)	L'agent a-t-il demandé la durée de problème ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,09)=1, Depuis combien de temps l'enfant est-il/elle malade ? (99 ne sait pas)	a. jours		<input type="checkbox"/>
		b. Mois		<input type="checkbox"/>
(2.10)	Un agent de la formation sanitaire a-t-il pesé l'enfant ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,10)=1, Poids de l'enfant?	Poids en grammes		<input type="checkbox"/>
		(99999 ne sait pas)		<input type="checkbox"/>
(2.11)	Quelqu'un de la formation sanitaire a-t-il mesuré la taille de l'enfant ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,11)=1, Taille de l'enfant?			<input type="checkbox"/>
		Taille en cm (999 ne sait pas)		<input type="checkbox"/>
(2.12)	Un agent de la formation sanitaire a-t-il pris la température de l'enfant?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,12)=1, Température de l'enfant?	Température en celsius (99.9 ne sait pas)		<input type="checkbox"/>
(2.13)	L'agent de santé a-t-il demandé si l'enfant peut boire ou prendre du lait maternel ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,13)=1, L'enfant peut boire ou prendre du lait maternel?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(2.14)	L'agent de santé a-t-il demandé si l'enfant vomit tout ce qu'il prend ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,14)=1, L'enfant vomit tout ce qu'il prend?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(2.15)	L'agent de santé a-t-il demandé si l'enfant est léthargique ou s'il y a un changement dans son niveau de conscience ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,15)=1, L'enfant est léthargique ou s'il y a un changement dans son niveau de conscience?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(2.16)	L'agent de santé a-t-il demandé si l'enfant avait convulsé ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,16)=1, L'enfant a convulsé'?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
		Ne sait pas	9	

(2.17)	L'agent de santé a-t-il demandé si l'enfant a la diarrhée ?	1	2 ► (2.21)	<input type="checkbox"/>
(2.18)	Notez ce que le patient a répondu à ce sujet : l'enfant a-t-il la diarrhée ?	1	2 ► (2.21)	<input type="checkbox"/>
(2.19)	L'agent de santé a-t-il demandé depuis quand le patient a la diarrhée ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,19)=1, Depuis quand le patient a la diarrhée ?	a. jours		<input type="checkbox"/>
		b. Mois		<input type="checkbox"/>
(2.20)	L'agent de santé a-t-il demandé s'il y a du sang dans les selles ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,20)=1, Est-ce qu'il y a du sang dans les selles ?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(2.21)	L'agent de santé a-t-il vérifié les plis cutanés ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,21)=1, Le pli cutané s'efface normalement, un peu lentement, ou très lentement?	Normalment	1	<input type="checkbox"/>
		Un peu lentement	2	
		Très lentement	3	
		Ne sait pas	9	
(2.22)	Quel est le diagnostic syndromique probable mentionné par l'agent de santé pour la diarrhée de l'enfant ? NOTEZ 1 POUR OUI ET 2 POUR NON	a. Aucun diagnostic mentionné		<input type="checkbox"/>
		b. Déshydratation sévère		<input type="checkbox"/>
		c. Déshydratation modérée		<input type="checkbox"/>
		d. Pas de déshydratation		<input type="checkbox"/>
		e. Dysenterie probable		<input type="checkbox"/>
		f. Autre à préciser		<input type="checkbox"/>
(2.23)	L'agent de santé a-t-il demandé si l'enfant a la toux ou des difficultés respiratoires ?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2 ► (2.26)	
(2.24)	Le patient a-t-il la toux ou des difficultés respiratoires ?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2 ► (2.26)	
(2.25)	L'agent de santé a-t-il demandé depuis quand le patient a la toux ou des difficultés respiratoires ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,25)=1, Depuis quand le patient a la toux ou des difficultés respiratoires ?	a. jours		<input type="checkbox"/>
		b. Mois		<input type="checkbox"/>
(2.26)	L'agent de santé a-t-il demandé si l'enfant a le stridor ou un sifflement durant la respiration?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,26)=1, L'enfant a le stridor ou un sifflement durant la respiration?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(2.27)	L'agent de santé a-t-il vérifié la fréquence respiratoire ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,27)=1, Est-ce que la fréquence respiratoire est normale ou rapide?	Normale	1	<input type="checkbox"/>
		Rapide	2	
		Ne sait pas	9	
(2.28)	L'agent de santé a-t-il déshabillé l'enfant ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,28)=1, L'enfant a tirage sous-costal (mouvement vers l'intérieur de la structure osseuse de la paroi thoracique à l'inspiration)?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
		Ne sait pas	9	

(2.29)	L'agent de santé a-t-il ausculté l'enfant ?	1	2	<input type="checkbox"/>
(2.30)	Quels sont les diagnostics posés par l'agent de santé pour la toux/difficulté respiratoire de l'enfant ? NOTEZ 1 POUR OUI ET 2 POUR NON	a. Aucun diagnostic mentionné	1	<input type="checkbox"/>
		b. Pneumonie grave	2	<input type="checkbox"/>
		c. Bronchiolite	3	<input type="checkbox"/>
		d. Pneumonie simple	4	<input type="checkbox"/>
		e. Aucune pneumonie	5	<input type="checkbox"/>
		f. Autre préciser	7	<input type="checkbox"/>
(2.31)	L'agent de santé a-t-il demandé si l'enfant a eu de la fièvre pendant les 24 dernières heures ?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2 ▶ (2.35)	
(2.32)	Le patient a-t-il eu la fièvre au cours des 24 dernières heures ?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2 ▶ (2.35)	
(2.33)	L'agent de santé a-t-il vérifié la température si ce n'était pas encore fait par un agent avant ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,33)=1, Temperature de l'enfant? (Ne sait pas: 9999)	Temperature en celsius (99.9 ne sait pas)		<input type="text"/>
(2.34)	L'agent de santé a-t-il demandé depuis quand le patient a de la fièvre ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,34)=1, Depuis combien de temps l'enfant a fièvre ? (99 ne sait pas)	a. jours		<input type="text"/>
b. Mois			<input type="text"/>	
(2.35)	L'agent de santé a-t-il demandé si l'enfant a eu la rougeole avant ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,35)=1, L'enfant a eu la rougeole avant?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
Non		2		
Ne sait pas		9		
(2.36)	L'agent de santé a-t-il vérifié l'état de la fontanelle (pour les patients de moins de 8 mois, pour les autres Notez 9) ?	1	2 9	<input type="checkbox"/>

	Si (2,36)=1, La fontanelle de l'enfant est bombée?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(2.37)	L'agent de santé a-t-il examiné les yeux du patient ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,37)=1, Les yeux de l'enfant sont enfoncés?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(2.38)	L'agent de santé a-t-il regardé si le nez coulait ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,38)=1, Le nez de l'enfant coulait?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(2.39)	L'agent de santé a-t-il regardé si l'enfant a une éruption cutanée ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,39)=1, L'enfant a une éruption cutanée?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(2.40)	L'agent de santé a-t-il regardé la gorge de l'enfant?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,40)=1, L'enfant a une gorge enflammée?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(2.41)	Quel est le diagnostic posé par l'agent de santé pour la fièvre de l'enfant ? NOTEZ 1 POUR OUI ET 2 POUR NON	a. Aucun diagnostic mentionné		<input type="checkbox"/>
		b. Otite		<input type="checkbox"/>
		c. Paludisme		<input type="checkbox"/>
		d. Grippe		<input type="checkbox"/>
		e. Rhinite		<input type="checkbox"/>
		f. Rougeole compliquée grave		<input type="checkbox"/>
		g. Rougeole		<input type="checkbox"/>
		h. Amigdalite/Angine		<input type="checkbox"/>
		i. Autre à préciser		<input type="checkbox"/>
(2.42)	L'agent de santé a-t-il regardé dans les oreilles ?	Oui	Non	<input type="checkbox"/>
		1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,42)=1, L'enfant a une infection de l'oreille?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(2.43)	L'agent de santé a-t-il regardé derrière les oreilles ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,43)=1, L'enfant a un gonflement douloureux derrière l'une des oreilles?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(2.44)	L'agent de santé a-t-il demandé si l'enfant a une douleur ou un écoulement au niveau de l'oreille ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,44)=1, L'enfant a mal à l'oreille?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
	Si (2,44)=1, L'enfant a un écoulement (pus ou autre) dans l'oreille?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(2.45)	L'agent de santé a-t-il vérifié les yeux de l'enfant ou la paume des mains, ou la plante des pieds (anémie) ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,45)=1, L'enfant souffre d'anémie?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(2.46)	L'agent de santé a-t-il regardé les deux pieds ou les deux chevilles (oedème) ?	1	2	<input type="checkbox"/>
	Si (2,46)=1, L'enfant a des œdèmes?	Oui	1	<input type="checkbox"/>
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(2.47)	L'agent de santé a-t-il fait un test de paludisme?	1	2	<input type="checkbox"/>

	Si (2,47)=1, Le test est positif - l'enfant a paludisme	Oui	1	_
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(2.48)	La porte était-elle fermée ou le rideau était-il tiré pour garantir l'intimité du patient ?	1	2	_

Section 3 : Counseling			
	NOTER « 1 » POUR OUI ; « 2 » POUR CHACUNE DES OPTIONS SUIVANTES	Oui	Non
(3.01)	L'agent de santé a-t-il donné le nom de la maladie à la mère / l'accompagnant ?	1	2
(3.02)	L'agent de santé a-t-il expliqué la maladie, ses causes et/ou son évolution à la mère ou son accompagnant ?	1	2
(3.03)	L'agent de santé dit-il ce que devrait faire la mère / l'accompagnant à la maison pour l'enfant ?	Oui 1 Non 2	(3.05)
(3.04)	L'agent de santé recommande-t-il :	Oui	Non
a	de donner plus de liquides	1	2
b	de continuer ou d'augmenter l'alimentation et/ou l'allaitement	1	2
c	de donner les bains froids/enveloppement humide pour la fièvre	1	2
d	éviter qu'il prenne froid	1	2
e	d'éviter les médicaments autres que ceux prescrits aujourd'hui	1	2
f	Autre à préciser	1	2
(3.05)	L'agent de santé a-t-il donné à la mère / l'accompagnant une prescription ou un médicament à administrer aujourd'hui à la maison ?	Oui 1 Non 2	(3.07)
(3.06)	L'agent de santé :	Oui	Non
a	Dit-il le nom du médicament à la mère / l'accompagnant ?	1	2
b	Explique-t-il la posologie ?	1	2
c	Dit-il quels peuvent être les effets secondaires et ce qu'il faut faire ?	1	2
(3.07)	Indique-t-il à la mère / l'accompagnant les signes ou symptômes qui pourraient montrer l'aggravation de la maladie ?	Oui 1 Non 2	(3.09)
(3.08)	L'agent de santé mentionne-t-il la conduite à tenir si :	Oui	Non
a	la fièvre ne disparaît pas après un certain temps	1	2
b	la fièvre augmente	1	2
c	l'enfant est incapable de boire ou ne boit pas bien	1	2
d	il y a un changement au niveau de la conscience	1	2
e	la diarrhée persiste	1	2
f	du sang apparaît dans les selles	1	2
g	l'enfant développe une respiration rapide ou difficile	1	2
h	l'enfant devient plus malade pour n'importe quelle raison	1	2
i	de nouveaux symptômes se développent	1	2
j	Autre à préciser	1	2

(3.09)	L'agent de santé	Oui	Non	
a	mentionne à la mère / l'accompagnant une date pour un contrôle programmé (visite de contrôle) ?	1	2	_
b	dit-il à la mère /l'accompagnant d'aller dans une autre formation sanitaire (avec une lettre de référence) ?	1	2	_
c	explique-t-il la raison de la référence ?	1	2	_
d	demande-t-il si la mère / l'accompagnant a des questions ?	1	2	_
e	vérifie-t-il le carnet de vaccination de l'enfant ?	1	2	_
f	recommande-t-il d'aller faire une vaccination ?	1	2	_
g	dit-il à la mère /l'accompagnant d'amener l'enfant pour des examens de laboratoire ?	1	2	_
(3.10)	L'agent de santé :	Oui	Non	
a	remplit-il une fiche de consultation?	1	2	_
b	fait-il un enregistrement de l'enfant dans le registre ?	1	2	_
(3.11)	se lave t-il les mains avec du savon <u>et</u> de l'eau du robinet ou seau avec robinet après avoir examiner le patient ?	Oui	1	_
		Non	2	
(3.12)	Si c'est le père ou la mere qui est l'accompagnant de l'enfant, vérifiez si l'agent de santé a demandé si ces derniers pratiquent une methode de contraception	Oui	1	_
		Non	2	
(3.13)	Heure de fin de la consultation ex. 7 h est 0700, 8 h 30 est 0830 et 19 h est 1900			_ _ _
(3.14)	TOTAL temps passé (MINUTES) en consultation			_ _ _
(3.15)	Langue de la consultation	Français	1	_ _
		Lingala	2	
		Kituba	3	
		Autre, à préciser	97	
RESULTAT DE L'INTERVIEW				
ENTIEREMENT REMPLI		1	_	
PARTIELLEMENT REMPLI		2		
LE RESPONSABLE A REFUSÉ L'ENTREVUE		3		
LE RESPONSABLE EST ABSENT (LE PERSONNEL PRESENT N'EST PAS AUTORISÉ)		4		
LA FORMATION SANITAIRE EST VIDE (AUCUN MEMBRE DU PERSONNEL N'EST PRESENT)		5		
AUTRE, PRÉCISER: _____		6		
Commentaires de l'observateur à propos de la consultation :				

Section 4 : Symptômes observés par l'agent(Posez directement la question à l'agent après que le patient a quitté)			NOTER LES RÉPONSES
(4.01)	Si (2,09)=1, Depuis combien de temps l'enfant est-il/elle malade ? (99 ne sait pas)	a. jours b. Mois	<input type="text"/> <input type="text"/>
(4.02)	Si (2,10)=1, Poids de l'enfant?	Poids en grammes (99999 ne sait pas)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(4.03)	Si (2,11)=1, Taille de l'enfant?	EFV	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(4.04)	Si (2,12)=1, Temperature de l'enfant?	Temperature en celsius (99.9 ne sait pas)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(4.05)	Si (2,13)=1, L'enfant peut boire ou prendre du lait maternel?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 9	<input type="text"/>
(4.06)	Si (2,14)=1, L'enfant vomit tout ce qu'il prend?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 9	<input type="text"/>
(4.07)	Si (2,15)=1, L'enfant est léthargique ou s'il y a un changement dans son niveau de conscience?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 9	<input type="text"/>
(4.08)	Si (2,16)=1, L'enfant a convulse'?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 9	<input type="text"/>
(4.09)	Si (2,19)=1, Depuis quand le patient a la diarrhée ?	a. jours b. Mois	<input type="text"/> <input type="text"/>
(4.10)	Si (2,20)=1, Est-ce qu'il y a du sang dans les selles ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 9	<input type="text"/>
(4.11)	Si (2,21)=1, Le pli cutané s'efface normalement, un peu lentement, ou tres lentement?	Normalment 1 Un peu lentement 2 Tres lentement 3 Ne sait pas 9	<input type="text"/>
(4.12)	Si (2,25)=1, Depuis quand le patient a la toux ou des difficultés respiratoires ?	a. jours b. Mois	<input type="text"/> <input type="text"/>
(4.13)	Si (2,26)=1, L'enfant a le stridor ou un sifflement durant la respiration?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 9	<input type="text"/>
(4.14)	Si (2,27)=1, Est-ce que la fréquence respiratoire e normale ou rapide?	Normale 1 Rapide 2 Ne sait pas 9	<input type="text"/>
(4.15)	Si (2,28)=1, L'enfant a tirage sous-costal (mouvement vers l'intérieur de la structure osseuse de la paroi thoracique à l'inspiration)?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 9	<input type="text"/>
(4.16)	Si (2,33)=1, Temperature de l'enfant?	Temperature en celsius (99.9 ne sait pas)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(4.17)	Si (2,34)=1, Depuis combien de temps l'enfant a fièvre ? (99 ne sait pas)	a. jours b. Mois	<input type="text"/> <input type="text"/>

(4.18)	Si (2,35)=1, L'enfant aa eu la rougeole avant?	Oui	1	_
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(4.19)	Si (2,36)=1, La fontanelle de l'enfant est bombée?	Oui	1	_
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(4.20)	Si (2,37)=1, Les yeux de l'enfant sont enfoncés?	Oui	1	_
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(4.21)	Si (2,38)=1, Le nez de l'enfant coulait?	Oui	1	_
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(4.22)	Si (2,39)=1, L'enfant a une éruption cutanée?	Oui	1	_
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(4.23)	Si (2,40)=1, L'enfant a une gorge enflammée?	Oui	1	_
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(4.24)	Si (2,42)=1, L'enfant a une infection de l'oreille?	Oui	1	_
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(4.25)	Si (2,43)=1, L'enfant a un gonflement douloureux derrière l'une des oreilles?	Oui	1	_
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(4.26)	Si (2,44)=1, L'enfant a mal à l'oreille?	Oui	1	_
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(4.27)	Si (2,44)=1, L'enfant a un écoulement ou du pus dans l'oreille?	Oui	1	_
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(4.28)	Si (2,45)=1, L'enfant souffre d'anémie	Oui	1	_
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(4.29)	Si (2,46)=1, L'enfant a des œdèmes?	Oui	1	_
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(4.30)	Si (2,47)=1, L'enfant a paludisme?	Oui	1	_
		Non	2	
		Ne sait pas	9	
(4.31)	Le personnel de santé a-t-il donné des médicaments ou des injections lors de la visite ?	Oui	1	_
		Non	2	
(4.32)	Si oui, listez toutes les injections ou les médicaments déjà donnés?			