

Côte d'Ivoire

CADRE D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS		UF
<p><i>Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou les personnes qui ont la charge de chaque enfant (voir la colonne HL8 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir la colonne HL5 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).</i></p> <p><i>Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible.</i></p> <p><i>Inscrire les numéros de grappe et de ménage, et le noms et numéros de ligne de l'enfant et de la mère/ personne qui a la charge principale de chaque enfant dans l'espace ci-dessous. Inscrire votre nom, votre numéro de code et la date.</i></p>		
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/ personne qui a la charge de l'enfant _____	UF6. Numéro de ligne de mère/personne en charge de l'enfant: _____	
UF7. Nom et numéro de code l'enquêteur : _____	UF8. Date (Jour/Mois/Année) de l'interview : ____/____/____	
UF9. Résultat de l'interview des enfants de moins de 5 ans <i>(Les codes font référence à la mère/ personne qui a la charge de l'enfant).</i>	Rempli 1 Pas à la maison 2 Refusé 3 Rempli partiellement 4 Incapacité 5 Autre (à préciser) 6	

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

NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET DU GOUVERNEMENT AVEC L'APPUI DE L'UNICEF. CE PROJET PORTE SUR LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA QUELQUES MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES. 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 Chef d'équipe pour organiser une autre visite.

UF10. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA SANTE DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DONT VOUS AVEZ LA CHARGE, ET QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS. JE VEUX VOUS POSER DES QUESTIONS SUR (nom). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E ? <i>Insistez :</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ? <i>Si la mère/personne en charge de l'enfant connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour.</i>	Date de naissance : Jour NSP jour 98 Mois Année	
UF11. QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? <i>Inscrire l'âge en années révolues.</i>	Âge en années révolues	

MODULE SUR L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET L'EDUCATION DE LA PETITE ENFANCE		BR
BR1. (Nom) A-T-IL UN ACTE/CERTIFICAT DE NAISSANCE ? PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu..... 1 Oui, pas vu 2 Non..... 3 NSP 8	1⇒BR5
BR2. LA NAISSANCE DE (nom) A-T- ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE A L'ETAT CIVIL?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	1⇒BR5 8⇒BR4
BR3. POURQUOI LA NAISSANCE DE (nom) N'EST-ELLE PAS ENREGISTREE/DECLAREE ?	Ça coûte très cher 1 C'est trop loin 2 Ne savait pas qu'elle devrait être enregistrée 3 Ne voulait pas payer d'amende..... 4 Ne sait pas où l'enregistrer..... 5 Autre (à préciser) 6 NSP 8	
BR4. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT?	Oui..... 1 Non..... 2	
BR4A. SAVEZ VOUS QUE LE DELAI D'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES A L'ETAT CIVIL A ETE PROLONGE DE 15 JOURS A 3 MOIS ?	Oui..... 1 Non..... 2	
BR5. Vérifier l'âge de l'enfant à la question UF11: Enfant âgé de 3 ou 4 ans		
<input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec BR6 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Passer à BR8		
BR6. (Nom) FREQUENTE T-IL/ELLE UN PROGRAMME D'ENCADREMENT EN DEHORS DE LA MAISON OU D'EDUCATION PRESCOLAIRE TEL QU'UN CENTRE PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANT OU UN CENTRE COMMUNAUTAIRE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒BR8 8⇒BR8
BR7. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (nom) A-T-IL/ELLE FREQUENTE CET ENDROIT?	Nombre d'heures..... _ _ NSP98	
BR8. AU COURS DES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PARTICIPE OU Y A-T-IL UN MEMBRE DU MENAGE AGE DE PLUS DE 15 ANS QUI A PARTICIPE AVEC (nom) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES : Si Oui,demander : QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC L'ENFANT - LA MERE, LE PERE DE L'ENFANT OU UN AUTRE MEMBRE ADULTE DU MENAGE (Y COMPRIS LE/LA PCE/ENQUETE(E))? Encercler toutes les réponses.		
BR8A. LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (nom)?	Livres	Mère A Père B Autre X Personne Y
BR8B. RACONTER DES HISTOIRES A (nom)?	Contes	A B X Y
BR8C. CHANTER DES CHANSONS AVEC (nom)?	Chansons	A B X Y
BR8D. SORTIR AVEC (nom) EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, 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) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER?	Passer du temps	A B X Y

MODULE SUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT		CE
<i>Le module est à administrer une seule fois à chaque mère/personne en charge de l'enfant</i>		
<p>CE1. COMBIEN DE LIVRES Y A-T-IL DANS LE MENAGE? S'IL VOUS PLAÎT, INCLURE LES LIVRES SCOLAIRES (PRESCOLAIRE AU CM2) MAIS PAS LES AUTRES LIVRES POUR ENFANTS TELS QUE LES LIVRES ILLUSTRÉS</p> <p><i>Si aucun, enregistrer 00</i></p>	<p>Nombre de livres pour enfants 0 __</p> <p>Dix livres pour enfants ou plus 10</p>	
<p>CE2. COMBIEN DE LIVRES POUR ENFANTS OU DE LIVRES ILLUSTRÉS AVEZ-VOUS POUR (nom)?</p> <p><i>Si aucun, enregistrer 00</i></p>	<p>Nombre de livres pour enfants 0 __</p> <p>Dix livres pour enfants ou plus 10</p>	
<p>CE3. JE VOUDRAIS CONNAÎTRE LES OBJETS QUE (nom) UTILISE POUR JOUER QUAND IL EST À LA MAISON.</p> <p>AVEC QUOI (nom) JOUE?</p> <p>EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC :</p> <p>OBJETS DU MENAGE COMME, VAISSELLES, ASSIETTES, TASSES, POTS?</p> <p>OBJETS ET MATÉRIELS RAMASSÉS EN DEHORS DU QUARTIER COMME BRANCHE PIERRE, ANIMAUX, COQUILLE OU FEUILLAGE?</p> <p>JOUETS FABRIQUÉS À LA MAISON COMME POUPEE, VOITURE ET AUTRES JOUETS FABRIQUÉS À LA MAISON?</p> <p>JOUETS ACHETÉS DANS UN MAGASIN?</p> <p><i>Si la répondante dit "OUI" à une des catégories proposées sonder pour savoir spécifiquement avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse</i></p> <p><i>Code Y si l'enfant ne joue avec aucun de ces objets mentionnés</i></p>	<p>Objets pour le ménage (vaisselles, assiettes, tasses, pots) A</p> <p>Objets et matériels trouvés en dehors du quartier comme (branche, pierre, animaux, coquille, feuillage) B</p> <p>Jouets fabriqués à la maison (poupée, voiture et autres jouets fabriqués à la maison) . C</p> <p>Jouets achetés dans un magasin D</p> <p>Pas de jouets mentionnés Y</p>	
<p>CE4. QUELQUES FOIS LES ADULTES S'OCCUPANT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, LAVÉ LES VÊTEMENTS OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES ENFANTS À D'AUTRES PERSONNES. DEPUIS LE DERNIER (jour de la semaine) COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL/ELLE ÉTÉ LAISSÉ(E) AU SOIN D'UN AUTRE ENFANT (C'EST À DIRE À QUELQU'UN ÂGE DE MOINS DE 10 ANS)?</p> <p><i>Si aucun enregistrer 00</i></p>	<p>Nombre de fois __ __</p>	
<p>CE4A. EN DEHORS DE L'ENFANT DE MOINS DE 10 ANS, (nom) EST-IL/ELLE LAISSÉ(E) SOUVENT AU SOIN D'UNE AUTRE PERSONNE EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS (PÈRE, MÈRE OU PCE)?</p>	<p>Bonne/servante1</p> <p>Boy/garçon de maison.....2</p> <p>Grand mère/Grand père3</p> <p>Autres parents4</p> <p>Voisins/Voisines5</p> <p>Autres (à préciser)6</p> <p>NSP8</p>	
<p>CE5. DURANT LA SEMAINE DERNIÈRE COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL/ELLE ÉTÉ LAISSÉ(E) SEUL(E)?</p> <p><i>Si aucun, enregistrer 00</i></p>	<p>Nombre de fois __ __</p>	

MODULE SUR LA VITAMINE A		VA
VA1. (Nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLEMENT) COMME CELLE-CI ? <i>Montrez la capsule ou le flacon pour différentes doses :</i> <i>100 000 UI pour les enfants âgés de 6-11 mois,</i> <i>200 000 UI pour les enfants âgés de 12-59 mois.</i>	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒MODU-LE SUIV. 8⇒MODU-LE SUIV.
VA2. CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (nom) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?	Nombre de mois..... _ _ NSP 98	
VA3. OU (nom) AVAIT-IL REÇU CETTE DERNIERE 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 ALLAITE (<i>nom</i>) ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒BF3 8⇒BF3
BF2. ALLAITEZ-VOUS ENCORE (<i>nom</i>) ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
BF3. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, (<i>nom</i>) 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>	<div style="text-align: right;">O N NSP</div> A. Suppléments de vitamines 1 2 8 B. Eau 1 2 8 C. Eau sucrée ou jus..... 1 2 8 D. SRO..... 1 2 8 E. Préparation 1 2 8 F. Lait 1 2 8 G. Autres liquides..... 1 2 8 H. Aliment solide ou semi-solide..... 1 2 8	
BF3A. SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU MEDICAMENTS ? BF3B. EAU ? BF3C. EAU SUCREE, AROMATISEE OU JUS DE FRUIT OU THE OU INFUSION? BF3D. SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ? BF3E. PREPARATION VENDUE COMMERCIALEMENT POUR BEBES? BF3F. LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU LAIT FRAIS BF3G. AUTRES LIQUIDES? BF3H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ?		
BF4. Vérifier BF3H : L'enfant a reçu un aliment solide ou semi-solide (purée) ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec BF5 <input type="checkbox"/> Non ou NSP. ⇒ Passer au Module Suivant		
BF5. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES OU DES PUREES AUTRES QUE DES LIQUIDES? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois..... ____ NSP..... 8	

MODULE SUR LES SOINS DES ENFANTS MALADES		CA
<p>CA1. EST-CE-QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE?</p> <p><i>La diarrhée est déterminée selon la perception de la maladie par la mère ou la personne en charge de l'enfant ou trois selles liquides par jour, ou du sang dans les selles.</i></p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8</p>	<p>2⇒CA5 8⇒CA5</p>
<p>CA2. DURANT LE DERNIER EPISODE DE DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) L'UNE DES CHOSES SUIVANTES A BOIRE :</p> <p><i>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</i></p>	O N NSP	
<p>CA2A. UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET COMME ORASEL?</p>	A. Liquide SRO préparé..... 1 2 8	
<p>CA2B. UN LIQUIDE MAISON RECOMMANDE PAR LE GOUVERNEMENT ?</p>	B. Liquide maison 1 2 8	
<p>CA2C. UN LIQUIDE SRO PREEMBALLÉ ?</p>	C. Liquide SRO préemballé 1 2 8	
<p>CA3. DURANT LA DIARRHEE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNE A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p>	<p>Beaucoup moins ou rien 1 Environ la même quantité (ou un peu moins) 2 Plus que d'habitude 3 NSP 8</p>	
<p>CA4. DURANT LA DIARRHEE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNE A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p> <p><i>Si « moins », insister :</i> BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS ?</p>	<p>Rien 1 Beaucoup moins 2 Un peu moins 3 Environ la même quantité 4 Plus que d'habitude 5 NSP 8</p>	
<p>CA4A. Vérifier CA2A : Sachet de SRO utilisé ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA4B <input type="checkbox"/> NON. ⇒ PASSER A CA5</p>		
<p>CA4B. OU AVEZ-VOUS REÇU LE SACHET D'ORASEL DE CA2A) ?</p>	<p>Secteur de santé publique Hôpital public..... 11 Centre de santé publique 12 Case de santé publique 13 Agent de santé communautaire 14 Clinique mobile..... 15 Autre public (à préciser) 16</p> <p>Secteur de santé privée Clinique/Hôpital privé(e)..... 21 Médecin privé..... 22 Pharmacie privée 23 Clinique mobile 24 Autre privé (à préciser) 26</p> <p>Autre source Parent ou ami..... 31 Boutique/marché 32 Guérisseur traditionnel 33</p> <p>Autre (à préciser)..... 96 NSP 98</p>	

CA4C. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR LE SACHET SRO COMME ORASEL ?	Francs CFA _ _ _ _ Gratuit 9996 NSP 9998	
CA5. EST-CE QUE (nom) A SOUFFERT DE LA TOUX, A UN MOMENT QUELCONQUE, DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (jour de la semaine) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒CA12 8⇒CA12
CA6. QUAND (nom) 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/ELLE DES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒CA12 8⇒CA12
CA7. EST-CE QUE LES SYMPTOMES SONT DUS A UN PROBLEME DANS LA POITRINE, OU LE NEZ QUI ETAIT BOUCHE ?	Problème dans la poitrine 1 Nez bouché 2 Les deux..... 3 Autre (à préciser) 6 NSP 8	2⇒CA12 6⇒CA12
CA8. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE EN DEHORS DE LA MAISON ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒CA10 8⇒CA10
CA9. OU AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT ? QUELQUE PART AILLEURS <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 de source et encercler le code approprié.</i> _____ (Nom de l'endroit)	Secteur de santé publique Hôpital public..... A Centre de santé publique B Case de santé publique C Agent de santé communautaire D Clinique mobile..... E Autre public (à préciser) H Secteur de santé privée Clinique/Hôpital privé(e)..... I Médecin privé..... J Pharmacie privée K Clinique mobile L Autre privé (à préciser) O Autre source Parent ou ami..... P Boutique/marché Q Guérisseur traditionnel R Autre (à préciser) X	
CA10. EST-CE-QUE (nom) A PRIS DES MEDICAMENTS POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒CA12 8⇒CA12
CA11. QUEL MEDICAMENT (nom) A-T-IL/ELLE PRIS? <i>Encercler tous les médicaments mentionnés.</i>	Amoxicilline A Acide clavulanique D Autre (à préciser) X NSP Z	

MODULE SUR LE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS		ML
ML1. EST-CE QUE (nom) A SOUFFERT, A UN MOMENT QUELCONQUE, DE LA FIEVRE DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (jour de la semaine) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒ML10 8⇒ML10
ML2. EST-CE- QUE (nom) A ETE VU PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE DURANT CETTE MALADIE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒ML6 8⇒ML6
ML3. EST-CE QUE (nom) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME QUI ONT ETE FOURNIS OU PRESCRITS PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒ML5 8⇒ML5
*ML4. QUEL MEDICAMENT FOURNI OU PRESCRIT PAR LES SERVICES D'UN ETALISSEMENT SANITAIRE, (nom) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>Encercler les codes de tous les médicaments mentionnés.</i>	Antipaludéens : FansidarA ChloroquineB Combinaison basée sur l'ArtémisinineE Autre antipaludéen (à préciser) H Autres médicaments : ParacétamolP Autre (à préciser)X NSPZ	
ML5. EST-CE QUE (nom) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	1⇒ML7 2⇒ML8 8⇒ML8
ML6. EST-CE QUE (nom) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML7. QUEL MEDICAMENT (nom) 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'enquête.</i>	Antipaludéens : FansidarA ChloroquineB Combinaison basée sur l'ArtémisinineE Autre antipaludéen (à préciser) H Autres médicaments : ParacétamolP Médicament traditionnelS Autre (à préciser)X NSPZ	
ML8. Vérifier ML4 et ML7: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec ML9 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Passer à ML10		

* **Fansidar / Maloxine** : Paluter, Arsumax, Fansimef, Coartem, etc.
Chloroquine : Nivaquine, Résochine, Flavoquine, Camoquine, Quinimax, Quinoforme, Arsiquinoforme, etc.
Paracétamol : Efferalgan, Doliprane, Aspirine, Aspegic, Sédaspir, etc.

<p>ML9. COMBIEN DE TEMPS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE, (nom) A-T-IL COMMENCE A PRENDRE (nom de l'antipaludéen mentionné à ML4 ou ML7) ?</p> <p><i>S'il y a plusieurs antipaludéens mentionnés à ML4 ou ML7, il faut présenter tous les noms des médicaments antipaludéens mentionnés.</i></p> <p><i>Enregistrer le code du jour où l'antipaludéen a été donné.</i></p>	<p>Même jour 0</p> <p>Le jour suivant 1</p> <p>2 jours après la fièvre 2</p> <p>3 jours après la fièvre 3</p> <p>4 jours ou plus après la fièvre..... 4</p> <p>NSP 8</p>	
<p>ML9A. OU AVEZ-VOUS REÇU 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 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>Secteur de santé publique</p> <p>Hôpital public 11</p> <p>Centre de santé publique..... 12</p> <p>Case de santé publique 13</p> <p>Agent de santé communautaire..... 14</p> <p>Clinique mobile 15</p> <p>Autre public (à préciser) 16</p> <p>Secteur de santé privée</p> <p>Clinique/Hôpital privé(e) 21</p> <p>Médecin privé..... 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Clinique mobile 24</p> <p>Autre privé (à préciser) 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent ou ami..... 31</p> <p>Boutique/marché..... 32</p> <p>Guérisseur traditionnel 33</p> <p>Autre (à préciser) 96</p> <p>NSP 98</p>	
<p>ML9B. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE 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>Francs CFA _ _ _ _ _</p> <p>Gratuit 99996</p> <p>NSP 99998</p>	
<p>ML10. EST-CE QUE (nom) A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒MODULE SUIV.</p> <p>8⇒MODULE SUIV.</p>
<p>ML11.DEPUIS COMBIEN DE TEMPS VOTRE MENAGE POSSEDE-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 _ _</p> <p>Plus de 24 mois 95</p> <p>Pas sûre..... 98</p>	
<p>ML12A. DANS VOTRE MENAGE, EST-CE QUE LA OU LES MOUSTIQUAIRE(S) EST OU SONT-ELLES:</p> <p>DES MOUSTIQUAIRES PERMANENTES :</p> <p>DES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES :</p> <p>AUTRES MOUSTIQUAIRES :</p>	<p style="text-align: right;">Oui Non NSP</p> <p>Permanentes 1 2 8</p> <p>Imprégnées..... 1 2 8</p> <p>Autres moustiquaires 1 2 8</p>	<p>1⇒ MODULE. SUIV.</p> <p>1⇒ ML14</p>

ML13. QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ELOIGNER LES MOUSTIQUES ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP /Pas sûre 8	
ML14. DEPUIS QUE VOUS AVEZ LA (LES) MOUSTIQUAIRE(S), EST-CE QUE VOUS L'AVEZ (LES AVEZ) TREMPÉE(S) OU PLONGÉE(S) DANS UN LIQUIDE POUR TUER/ELOIGNER LES MOUSTIQUES OU LES INSECTES ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒MODU- LE SUIV. 8⇒MODU- LE SUIV.
ML15. COMBIEN DE TEMPS S'EST-IL ECOULE DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPÉE OU PLONGÉE DANS UN LIQUIDE INSECTICIDE POUR LA DERNIERE 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 obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard</i>	Mois..... _ _ Plus de 24 mois 95 NSP 98	

MODULE SUR LA VACCINATION										IM
<i>Si un(e) carnet / 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 le carnet/la carte. Les questions IM10-IM18 seront posées seulement quand il n'y a pas de carte de vaccination disponible.</i>										
IM1.Y A-T-IL UN CARNET DE VACCINATION POUR (nom)?					Oui, vue 1 Oui, pas vue 2 Non 3					2⇒IM10 3⇒IM10
(a) Copier les dates des vaccinations pour chaque vaccin à partir du carnet. Écrire '44' dans la colonne 'jour' si le carnet indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.					Date de vaccination					
					JOUR		MOIS		ANNÉE	
IM2. BCG (à la naissance)	BCG									ALLER A IM9A
IM3B. POLIO 1	VPO1									
IM3C. POLIO 2	VPO2									
IM3D. POLIO 3	VPO3									
IM4A. DTCoQ1	DTCoQ1									
IM4B. DTCoQ2	DTCoQ2									
IM4C. DTCoQ3	DTCoQ3									
IM5A. HEPB1 (OU DTCHépB1)	DTCHépB1									
IM5B. HEPB2 (OU DTCHépB2)	DTCHépB2									
IM5C. HEPB3 (OU DTCHépB3)	DTCHépB3									
IM6. ROUGEOLE	VAR									
IM7. FIEVRE JAUNE	VAA									
IM8A. VITAMINE A (1)	VITA1									
IM8B. VITAMINE A (2)	VITA2									
IM9A. SI A IM2, LE VACCIN BCG A ETE FAIT, VERIFIER L'EXISTENCE DE LA CICATRICE AU BRAS OU A L'ÉPAULE (DROIT OU GAUCHE) ?					Oui (cicatrice vue) 1 Non(Enfant vu mais cicatrice non vue) 2 Non(Enfant non vu) 3					RETOUR À IM3B
IM9. EN PLUS DES VACCINATIONS ET DES CAPSULES DE VITAMINE A INSCRITES SUR LE CARNET, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS, Y COMPRIS LES VACCINATIONS FAITES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION? <i>Enregistrer 'Oui' seulement si l'enquêtée mentionne BCG, VPO 1-3, DTCoq 1-3, Hépatite B 1-3, Rougeole, vaccin de Fièvre Jaune, ou des suppléments de Vitamine A.</i>					Oui 1 <i>(Insister sur le type de vaccin et enregistrer '66' dans colonne correspondant au jour en IM2 à IM8B).</i> Non 2 NSP 8					1⇒IM19 2⇒IM19 8⇒IM19

IM10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU DES VACCINATIONS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒IM19 8⇒IM19
IM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'EPAULE QUI LAISSE, GENERALEMENT, UNE CICATRICE?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	1⇒IM11A 2⇒IM12 8⇒IM12
IM11A. SI OUI A IM11, VERIFIER L'EXISTENCE DE LA CICATRICE AU BRAS OU A L'EPAULE (DROIT OU GAUCHE) ?	Oui (cicatrice vue) 1 Non(Enfant vu mais cicatrice non vue) 2 Non(Enfant non vu) 3	
IM12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE VACCINATION SOUS FORME « DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE DES MALADIES - COMME LA POLIO ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒IM15 8⇒IM15
IM13. QUAND LE PREMIER VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE, JUSTE APRES LA NAISSANCE (DANS LES DEUX PREMIERES SEMAINES) OU PLUS TARD ?	Juste après la naissance (dans les 2 semaines)..... 1 Plus tard 2	
IM14. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DE LA POLIO A T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois..... __ __	
IM15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION DTCOQ » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE A LA CUISSE OU A LA FESSE- POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE ? (DONNEE QUELQUEFOIS EN MEME TEMPS QUE LES GOUTTES CONTRE LA POLIO).	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒IM17 8⇒IM17
IM16. COMBIEN DE FOIS ?	Nombre de fois..... __ __	
IM17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE » OU VAR - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER 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'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? (DONNEE QUELQUEFOIS EN MEME TEMPS QUE LE VACCIN CONTRE LA ROUGEOLE).	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (<i>nom</i>) A PARTICIPE A L'UNE DES JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU DE VITAMINE A OU LES JOURNEES DE LA SANTE DE L'ENFANT:		
IM19A. CAMPAGNE SYNCHRONISEE POLIO (fév, avril, mai 05)	<i>Campagne A</i> 1	O N NSP 2 8
IM19B. CAMPAGNE SYNCHRONISEE POLIO (nov, déc 05)	<i>Campagne B</i> 1	2 8
IM19C. CAMPAGNE ROUGEOLE (18-27 août 05)	<i>Campagne C</i> 1	2 8
IM19D. CAMPAGNE SYNCHRONISEE POLIO 12-15 MAI 06	<i>Campagne D</i> 1	2 8
IM19E AUTRE CAMPAGNE RECENTE	<i>Campagne E</i> 1	2 8

MODULE SUR L'ANTHROPOMETRIE		AN
<p>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.</p>		
AN1. Poids de l'enfant.	Kilogrammes (kg)..... _ _ . _	
AN2. Taille de l'enfant. Vérifier l'âge de l'enfant en UF11: <input type="checkbox"/> Enfant âgé de moins de 2 ans. ⇒ Mesure de la taille (en position allongée). <input type="checkbox"/> Enfant âgé de 2 ans ou plus. ⇒ Mesure de la taille (en position debout).	Taille (cm) Position allongée..... 1 _ _ . _ Taille (cm) Position debout 2 _ _ . _	
AN3. Code d'identification du mesureur.	Numéro de code _ _	
AN4. Résultat des mesures.	Mesuré 1 Absent 2 Refus..... 3 Autre (à préciser) 6	

AN5. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant. <input type="checkbox"/> 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.
