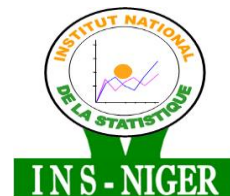




République du Niger
DN/DSR/MSP



Enquête sur la Nutrition et la Survie des enfants – Niger Octobre 2007

I. IDENTIFICATION		
DATE DE L'ENQUETE	<div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div> <div>jour</div> <div>mois</div> <div>année</div> </div>	SURVDATE
NUMERO DE GRAPPE	<div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div>	CLUSTER
NUMERO D'EQUIPE	<div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div>	TEAM
NUMERO DE ZD	<div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div>	
REGION	<div> <div><input type="text"/></div> </div>	
DEPARTEMENT / COMMUNE	<div> <div><input type="text"/></div> </div>	
VILLAGE / QUARTIER	<div> <div><input type="text"/></div> </div>	
NUMERO DE MENAGE	<div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div>	HH
NOM DU CHEF DE MENAGE	<div> <div><input type="text"/></div> </div>	
RESULTAT DE L'INTERVIEW DU MENAGE:	<div> <div>REPLI..... 1</div> <div>PAS A LA MAISON..... 2</div> <div>REFUSE..... 3</div> <div>AUTRE (A PRECISER) 4</div> </div>	
COMMENTAIRES		

II. MORTALITE						
No.	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	C 6
	NOM	SEXE M/F	AGE (ANNEES) "adulte" ou années si <18 ans	AGE (MOIS) si ≤59 mois	NE DEPUIS LE PREMIER JOUR DE RAMADAN	ARRIVE DEPUIS LE PREMIER JOUR DE RAMADAN
A. LISTER TOUS LES MEMBRES DU MENAGE ACTUELLEMENT PRESENTS DANS LE MENAGE						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
B. LISTER TOUS LES MEMBRES DU MENAGE QUI ONT QUITTE LE MENAGE DEPUIS LE PREMIER JOUR DE RAMADAN.						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
C. LISTER TOUS LES MEMBRES DU MENAGE QUI SONT DECEDES DEPUIS LE PREMIER JOUR DE RAMADAN.						
1						
2						
3						
4						

RECAPITULATIF MORTALITE		
		<div>TOTAL</div> <div>MOINS DE 5 ANS</div>
1. Membres actuellement présents	A. COL. 1	<div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div>
2. Arrivés dans le ménage depuis le premier jour de ramadan	A. COL. 6	<div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div>
3. Membres partis du ménage depuis le premier jour de ramadan	B. COL. 1	<div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div>
4. Naissances intervenues depuis le premier jour de ramadan	A, B. COL. 5	<div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div>
5. Décès depuis le premier jour de ramadan	C. COL. 1	<div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div>


Intercalaire enfant

IDENTIFICATION		
<p>Enfants de 0 – < 6 mois → Partie V.</p> <p>Enfants de 6 – < 12 mois → Parties III., IV., V.</p> <p>Enfants de 12 – 59 mois → Parties III., IV.</p>		
NUMERO DE GRAPPE	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	CLUSTER
NUMERO DE MENAGE	<div> <div></div> <div></div> </div>	HH
NOM DE L'ENFANT ET IDENTIFIANT <i>Inscrire le nom et l'identifiant issus de la partie Mortalité.</i>	Nom: _____ ID: <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	ID
SEXE.	Masculin M Féminin..... F	SEX
DATE DE NAISSANCE OU AGE EN MOIS. <i>Pièce d'état civil</i> <div><div></div> → (date de naissance)</div> <i>Pas de pièce d'état civil</i> <div><div></div> → (âge en mois)</div>	Date de naissance <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> jour mois année . ou Age en mois <div><div></div> <div></div></div> → si moins de 6 mois, aller à section V.	BIRTHDAT MONTHS

III. ANTHROPOMETRIE (6-59 MOIS)			
POIDS DE L'ENFANT.	Kilogrammes (kg).....	<div><div></div><div></div></div> , <div><div></div></div>	WEIGHT
TAILLE DE L'ENFANT.			
Enfant de moins de 85 cm <div><div></div>→ (position couchée)</div>	Taille (cm) Position couchée	<div><div></div><div></div></div> , <div><div></div></div>	HEIGHT
Enfant de 85 cm ou plus <div><div></div>→ (position debout)</div>	Taille (cm) Position debout	<div><div></div><div></div><div></div></div> , <div><div></div></div>	
OEDEMES.	Oui..... Y → référer l'enfant Non N		OEDEMA
RAPPORT POIDS/TAILLE.	Indice poids/taille < 80%..... Y → référer l'enfant Indice poids/taille ≥80%..... N		
Calculez le rapport poids/taille à l'aide de la table fournie. L'enfant devra être référé si son indice poids pour tailles est < 80% de la médiane.			

IV. VITAMINE A / ROUGEOLE (6-59 MOIS)		
VITAMINE A. <i>(Nom)</i> A-T-IL A-T-IL/ELLE DÉJÀ REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLÉMENT) COMME CELLE-CI DANS LES 6 DERNIERS MOIS? <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.....0 NSP.....8	VITA
ROUGEOLE. <i>(Nom)</i> A-T-IL/ELLE ÉTÉ VACCINÉ CONTRE LA ROUGEOLE <i>Vérifier sur le carnet de santé avant d'enregistrer la réponse.</i>	Oui (carnet de vaccination)1 Oui (souvenir de la mère)2 Non.....0 NSP.....8	ROUGEOLE

V. ALLAITEMENT (MOINS DE 12 MOIS)

BF1. <i>(nom)</i> A-T'IL ETE ALLAITÉ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	 BF5	BF1
BF2. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS <i>(nom)</i> AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ?	Moins d'une heure 1 1-24 heures 2 > 24 hr 3 NSP..... 8		BF2
BF3. AVEZ-VOUS NOURRI <i>(nom)</i> AVEC LE COLOSTRUM? <i>Le colostrum est le premier lait jaunâtre.</i>	Oui..... 1 Non..... 0 NSP..... 8		BF3
BF4. <i>(nom)</i> EST-IL ENCORE ALLAITÉ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8		BF4
BF5. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, <i>(nom)</i> A-T-IL/ELLE BU/MANGE 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>			
BF5A. SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU MEDICAMENTS ?	A. Suppléments reçus.....1	Oui Non NSP 0 8	BF5A
BF5B. EAU ?	B. Eau1	0 8	BF5B
BF5C. EAU SUCREE, PARFUMEE OU JUS DE FRUIT OU THE OU INFUSION?	C. Eau sucrée ou jus.....1	0 8	BF5C
BF5D. SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ?	D. SRO1	0 8	BF5D
BF5E. PREPARATION POUR BEBES VENDUE COMMERCIALEMENT ?	E. Préparation1	0 8	BF5E
BF5F. LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU LAIT FRAIS	F. Lait.....1	0 8	BF5F
BF5H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (BOUILLIE, PUREE) ?	G. Aliment solide ou semi-solide.....1	0 8	BF5G
BF5I. DECOCTION DE FEUILLES OU DE RACINES?	H. Décoction de feuilles ou de racines..1	0 8	BF5H
BF5G. AUTRES LIQUIDES?	I. Autres liquides1	0 8	BF5I