



Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la sécurité alimentaire et de la nutrition (AGVSAN)

-Questionnaire nutrition-

0.0a. N° du Questionnaire : | | | | | | | |

0.0b Date de l'interview : | | | | / | | | | / 2010 jour/mois 0.0c Heure de début : | | | | h | | | | mn

SECTION 0 : IDENTIFICATION

0.0d. Nom du chef de ménage :

(A REMPLIR PAR LE CHEF D'EQUIPE)

0.1 Région :	Code région	
0.2 Département :	Code département	
0.3 Arrondissement :	Code Arrondissement	
0.4 CR/CA:	Code CR/CA	
0.5 Village/Quartier :	Code village	
0.6 Numéro du DR	Code DR	
0.7 Milieu de résidence 1 = Rural 2 = Urbain		
0.8 Numéro de ménage (dans l'échantillon) :		
0.9 Nom et prénoms de l'enquêteur :	Code enquêteur	
0.10 Nom et prénoms du chef d'équipe :	Code chef d'équipe	
0.11 Nom et prénoms du superviseur :	Code superviseur	
0.12 Nom et prénoms de l'opérateur de saisie :	Code saisie	

0.13. Nom et prénom(s) du répondant principal :

0.14. Statut du répondant principal : 1 = Chef de ménage 2 = Épouse du CM 3 = Enfant du CM 4 = Autre membre | |

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT :

Mon nom est [Nom enquêteur]. Le Gouvernement du Sénégal et ses partenaires travaillent sur une étude portant sur la sécurité alimentaire et la nutrition des ménages (ENQUÊTEUR, EXPLICITEZ LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE). Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage, et aussi peser et mesurer les femmes de 15 à 49 ans et les enfants de moins de 5 ans. Seuls quelques ménages dans différents villages sont choisis de façon aléatoire pour participer à l'enquête. Nous souhaiterions recueillir vos points de vue qui, à nos yeux, sont très importants. **Toutes les informations recueillies resteront strictement confidentielles. La participation à cette étude est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à tout ou partie des questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette étude.** Avez-vous des questions ? Pouvons-nous commencer maintenant ?

La loi N°2008/12 du 25 janvier 2008 garantit la confidentialité des renseignements que vous fournirez et qui ne pourront servir qu'à des nos statistiques. A ce titre, le PAM et le SE/CNSA prendront toutes les dispositions nécessaires, pour ne publier aucune information pouvant permettre d'identifier votre ménage.

0.15. Interview faite avec un interprète ? 1 = Oui 0 = Non	
0.16. Questionnaire rempli en présence du chef d'équipe et/ou lors du passage d'un superviseur ? 1 = Oui 0 = Non (Passez à la question 1.1)	
CONTROLE ET VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE	
0.17. Contre-enquête 1 = Oui 0 = Non	
Par le chef d'équipe	Par le superviseur
0.18a. Date de vérification du questionnaire	0.18b. Date de vérification du questionnaire
Date : / / 2010 jour mois	Date : / / 2010 jour mois

0.0a. N° du Questionnaire: | | | | | | | |

Section 10- Nutrition-Santé des femmes en âge de procréer (15-49 ans) et des mères d'enfants de moins de cinq ans

Pré remplir les numéros d'ordre.

N° ordre de la femme (reporter le N° d'ordre de la section 1.A Démographie)	Nom et Prénom de la femme	Age de la femme (en année révolue)	Lien de parenté avec le chef du ménage 1=chef de ménage 2=épouse 3=filles/petite fille 4=sœur 5=belle fille 6=autre lien à préciser -----	Statut de résidence de la mère/gardienne d'enfant 1= Présente 2=Absente temporaire 3=Absente durable	Combien d'enfants de moins de cinq ans avez-vous ?	Combien de mois séparent les deux dernières grossesses que vous avez effectuées? Inscrire 99 si la femme n'a eu qu'une seule grossesse	Avez- vous des enfants de moins de 5 ans décédés au cours des 12 derniers mois ? 0=non 1= oui (Si Non allez à la 10.8)	A quel âge sont-ils décédés? (Inscrivez l'âge en mois) 01=Moins d'une semaine 02=Entre 1 semaine et 1 mois SI L'AGE AU DECES EST MOINS D'UN MOIS INSCRIRE LE CODE CORRESPONDANT; SINON INSCRIRE L'AGE EN MOIS	
	10.1	10.2	10.3	10.4	10.5	10.6	10.7	10.7a	
_ _		_ _	_	_	_	_ _	_	_ _	_ _
_ _		_ _	_	_	_	_ _	_	_ _	_ _
_ _		_ _	_	_	_	_ _	_	_ _	_ _
_ _		_ _	_	_	_	_ _	_	_ _	_ _
_ _		_ _	_	_	_	_ _	_	_ _	_ _
_ _		_ _	_	_	_	_ _	_	_ _	_ _
_ _		_ _	_	_	_	_ _	_	_ _	_ _
_ _		_ _	_	_	_	_ _	_	_ _	_ _
_ _		_ _	_	_	_	_ _	_	_ _	_ _
_ _		_ _	_	_	_	_ _	_	_ _	_ _
_ _		_ _	_	_	_	_ _	_	_ _	_ _
_ _		_ _	_	_	_	_ _	_	_ _	_ _

N° ordre de la femme <i>(reporter le N° d'ordre de la section 1.A)</i>	Avez-vous un enfant que vous allaitez toujours? 0=non 1=oui	Êtes-vous enceinte actuellement 0=non 1=oui 99= ne sait pas	Avez-vous été malade au cours des deux dernières semaines ? 1=oui 0=non Si non, passez à 10.12	De quoi avez-vous souffert ? <i>(Choix multiples possibles)</i> 1 = Fièvre 2 = Paludisme confirmé par TDR 3=anémie 4 = diarrhée 5 = toux 6 = maux de ventre (sans diarrhée) 7= autre (à préciser) -----	Dans quelles circonstances vous lavez-vous les mains ? 1 = avant manger 2 = après manger 3 = après être allée aux toilettes 4 = avant de donner à manger aux enfants 5 = avant de préparer la cuisine 6 = après avoir lavé les fesses de l'enfant 7- Autre : à préciser -----	Avec quoi vous lavez-vous les mains ? 0= eau Seulement 1= eau +désinfectant 2= morceau de savon ou liquide 3=eau + savon + désinfectant 4= autre à préciser ----- -----	Avec quoi lavez-vous les aliments ? 0= eau Seulement 1= désinfectant 2= morceau de savon ou liquide 3=autre à préciser	La femme est-elle handicapée? 0= non 1=membres inférieurs 2= membres supérieurs 3=Les deux à la fois	Mesure du Tour du bras gauche (à mi-hauteur) SI FEMME LA EST GAUCHERE MESUREZ LE BRAS DROIT (cm)
	10.8	10.9	10.10	10.11	10.12	10.13	10.14	10.15	10.16
_	_	_	_	_ _ _	_ _ _	_	_	_	_ _ _ _
_	_	_	_	_ _ _	_ _ _	_	_	_	_ _ _ _
_	_	_	_	_ _ _	_ _ _	_	_	_	_ _ _ _
_	_	_	_	_ _ _	_ _ _	_	_	_	_ _ _ _
_	_	_	_	_ _ _	_ _ _	_	_	_	_ _ _ _
_	_	_	_	_ _ _	_ _ _	_	_	_	_ _ _ _
_	_	_	_	_ _ _	_ _ _	_	_	_	_ _ _ _
_	_	_	_	_ _ _	_ _ _	_	_	_	_ _ _ _
_	_	_	_	_ _ _	_ _ _	_	_	_	_ _ _ _
_	_	_	_	_ _ _	_ _ _	_	_	_	_ _ _ _
_	_	_	_	_ _ _	_ _ _	_	_	_	_ _ _ _
_	_	_	_	_ _ _	_ _ _	_	_	_	_ _ _ _

Section 11- Nutrition- Santé des enfants de moins de 5 ans (6-59 mois)

N° ordre de l'enfant (reporter le N° d'ordre de la section 1.A Démographie)	Nom et Prénom de l'enfant	Numéro de la mère /gardienne	Lien de parenté avec la répondante 1=enfant biologique 2= enfant adopté 3=enfant confié	Sexe de l'enfant 1=M 2=F	La date de naissance de l'enfant est ? 1= vérifiée sur un document officiel 2= recours au calendrier local	Date de naissance de l'enfant	Age en mois révolus (Mois)	Poids à la naissance <i>(seulement s'il est vérifié sur le carnet de santé sinon passer à la question 11.7)</i> Mettre le poids en g (4 chiffres)	LES QUESTIONS CI-DESSOUS CONCERNENT UNIQUEMENT LES ENFANTS DE 6 A 24 MOIS			
									Quel est le premier aliment/ liquide que l'enfant a pris à la naissance? 1=Lait maternel 2= eau bénite (toxantal) 3= Lait de chèvre 4=Lait de vache 5= Mélange à base de miel 6=Tisane/décoction 7=Autres préparations à préciser-----	Si l'enfant n'a pas été allaité pourquoi? 1= maladie de la mère; 2= décès de la mère; 3= Refus de l'enfant 4= Autre	Combien de temps après la naissance avez-vous mis l'enfant au sein pour la première fois ? 1=moins d'1 heure 2= entre 1 et 3 heures 3- Entre 3 et 24 heures 4=après 1 jour 5= Plus de 3 jours 6= Jamais 7=Autres : -----	Si l'enfant a eu sa première tétée plus de 3 jours après sa naissance pour quelles raisons? (3 réponses possibles) 1 = Maladie de la mère 2 = Décès de la mère 3=Le premier lait est mauvais ; 4= Le premier lait est amer ; 5= Le premier lait est favorise pas la croissance du bébé 6= Le premier lait donne des maladies 7= La tradition recommande de rejeter le premier lait 8= Pas de montée laiteuse 9= Autres : -----
	11.1	11.1A	11.2	11.3	11.3A	11.4	11.5	11.6	11.7	11.8	11.9	11.10
_ _		_ _	_	_	_	--/- -/._	_ _	_ _ _	_	_	_	_
_ _		_ _	_	_	_	--/- -/._	_ _	_ _ _	_	_	_	_
_ _		_ _	_	_	_	--/- -/._	_ _	_ _ _	_	_	_	_
_ _		_ _	_	_	_	--/- -/._	_ _	_ _ _	_	_	_	_
_ _		_ _	_	_	_	--/- -/._	_ _	_ _ _	_	_	_	_
_ _		_ _	_	_	_	--/- -/._	_ _	_ _ _	_	_	_	_
_ _		_ _	_	_	_	--/- -/._	_ _	_ _ _	_	_	_	_
_ _		_ _	_	_	_	--/- -/._	_ _	_ _ _	_	_	_	_
_ _		_ _	_	_	_	--/- -/._	_ _	_ _ _	_	_	_	_
_ _		_ _	_	_	_	--/- -/._	_ _	_ _ _	_	_	_	_
_ _		_ _	_	_	_	--/- -/0_	_ _	_ _ _	_	_	_	_

Age d'introduction des aliments chez les enfants de moins de 5ans

N° ordre de l'enfant (reporter le N° d'ordre de la section 1.A du questionnaire ménage)	Allaitiez-vous toujours votre enfant? 1=oui 0=non (si oui, allez à 11.13)	Combien de mois a-t-il été allaité ?	Combien de tétées donniez-vous par 24 heures 1=Moins de 8 fois 2=8 fois 3=Plus de 8 fois 99= ne sait pas	LES QUESTIONS CI-DESSOUS CONCERNENT UNIQUEMENT LES ENFANTS DE 6 A 24 MOIS							Combien de repas l'enfant reçoit-il (elle) par jour (Le lait maternel ne doit pas être pris en considération)
				AVANT L'AGE DE 6 MOIS, VOTRE ENFANT A-T-IL REÇU L'UN DES ALIMENTS OU PRODUITS SUIVANTS? (lire à haute voix le nom de chaque question et enregistrer la réponse avant de passer à l'élément suivant)					A quel âge en mois a-t-il commencé à consommer de la bouillie ? (Inscrivez 99 si l'enfant est uniquement allaité)	A quel âge en mois a-t-il commencé à consommer le plat familial? (Inscrivez 99 si l'enfant ne consomme pas de solide)	
				Oui=1 Non=0							
				Eau ?	Eau sucrée, parfumée ou jus de fruit ou thé ou infusion; préparation de miel et / ou beurre, etc. ?	Préparation industrielle pour bébés? (aliments faits exclusivement pour la croissance des enfants : pots, lait infantile,..)	Lait en boîte, en poudre ou lait frais	Aliment semi-solide (bouillie) et/ou solide (plat familial ou spécifique) Sinon passez à 11.23			
	11.11	11.12	11.13	11.14	11.15	11.16	11.17	11.18	11.19	11.20	11.21
_ _	_	_ _	_ _	_	_	_	_	_	_ _	_ _	_
_ _	_	_ _	_ _	_	_	_	_	_	_ _	_ _	_
_ _	_	_ _	_ _	_	_	_	_	_	_ _	_ _	_
_ _	_	_ _	_ _	_	_	_	_	_	_ _	_ _	_
_ _	_	_ _	_ _	_	_	_	_	_	_ _	_ _	_
_ _	_	_ _	_ _	_	_	_	_	_	_ _	_ _	_
_ _	_	_ _	_ _	_	_	_	_	_	_ _	_ _	_
_ _	_	_ _	_ _	_	_	_	_	_	_ _	_ _	_
_ _	_	_ _	_ _	_	_	_	_	_	_ _	_ _	_
_ _	_	_ _	_ _	_	_	_	_	_	_ _	_ _	_
_ _	_	_ _	_ _	_	_	_	_	_	_ _	_ _	_
_ _	_	_ _	_ _	_	_	_	_	_	_ _	_ _	_
_ _	_	_ _	_ _	_	_	_	_	_	_ _	_ _	_
_ _	_	_ _	_ _	_	_	_	_	_	_ _	_ _	_
_ _	_	_ _	_ _	_	_	_	_	_	_ _	_ _	_
_ _	_	_ _	_ _	_	_	_	_	_	_ _	_ _	_

Diversification alimentaire pour les enfants de 6 à 59 mois

[illegible]

N° ordre de l'enfant (reporter le N° d'ordre de la section 1)	Cet enfant a-t-il été malade au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête ? 1 = oui 0 = non Si non, passez à 11.32	De quoi a-t-il souffert ? (Choix multiples possibles) 01 = Fièvre 02 = Diarrhée 03 = Toux 04 = Maux de ventre (sans diarrhée) 05 = Paludisme confirmé par TDR 06 = IRA 07 = Anémie 08 = Rougeole 09 = Autre (à préciser)	Quand l'enfant tombe malade, quelle est l'action prise par ordre de priorité? 01 = traiter à domicile à base de plantes médicinales 02 = automédication 03 = amener chez le guérisseur 04 = amener aux structures sanitaires 05 = autres à préciser	En général, quand l'enfant est malade, l'allaitiez-vous ou lui donnez-vous à manger moins, autant ou plus que d'habitude? 1 = arrêt de l'allaitement 2 = moins que d'habitude 3 = comme d'habitude 4 = plus que d'habitude	En général, quand l'enfant a la diarrhée, l'allaitiez-vous ou lui donnez-vous à manger moins, autant ou plus que d'habitude? 1 = arrêt de l'allaitement 2 = moins que d'habitude 3 = comme d'habitude 4 = plus que d'habitude	L'enfant est-il vacciné contre la rougeole ? (Vérifier sur le carnet de santé) 0 = non 1 = oui (vérifié) 99 = Pas de Carnet	Votre enfant a-t-il reçu une capsule de vitamine A au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête ? Montrer une capsule 0 = non 1 = oui 99 = Ne sait pas
	11.30	11.31	11.32	11.33	11.34	11.35	11.36
_ _	_	_ _ _	_		_	_ _	_ _
_ _	_	_ _ _	_		_	_ _	_ _
_ _	_	_ _ _	_		_	_ _	_ _
_ _	_	_ _ _	_		_	_ _	_ _
_ _	_	_ _ _	_		_	_ _	_ _
_ _	_	_ _ _	_		_	_ _	_ _
_ _	_	_ _ _	_		_	_ _	_ _
_ _	_	_ _ _	_		_	_ _	_ _
_ _	_	_ _ _	_		_	_ _	_ _
_ _	_	_ _ _	_		_	_ _	_ _
_ _	_	_ _ _	_		_	_ _	_ _
_ _	_	_ _ _	_		_	_ _	_ _
_ _	_	_ _ _	_		_	_ _	_ _
_ _	_	_ _ _	_		_	_ _	_ _

Anthropométrie des enfants de moins de 5 ans (6-59 mois)

N° ordre de l'enfant <small>(reporter le N° d'ordre de la section 1)</small>	L'enfant est –il handicapé ? 0= non 1= membres inférieurs 2= membres supérieurs 3= les deux	Poids en kg (A 100 grammes près)	Taille en cm (0,1 cm près) <i>(en position couchée pour les enfants de moins de deux ans et debout pour ceux de 2 ans et plus)</i>	Tour de bras en cm (0,1 cm près) <i>(à mi-hauteur du bras gauche)</i>	Œdèmes bilatéraux <i>(Vérifiez les deux pieds de l'enfant pour rechercher la présence d'œdèmes)</i> 1=oui 0=non
	11.37	11.38	11.39	11.40	11.41
_ _		_ _ . _	_ _ _ . _	_ _ . _	_
_ _		_ _ . _	_ _ _ . _	_ _ . _	_
_ _		_ _ . _	_ _ _ . _	_ _ . _	_
_ _		_ _ . _	_ _ _ . _	_ _ . _	_
_ _		_ _ . _	_ _ _ . _	_ _ . _	_
_ _		_ _ . _	_ _ _ . _	_ _ . _	_
_ _		_ _ . _	_ _ _ . _	_ _ . _	_
_ _		_ _ . _	_ _ _ . _	_ _ . _	_
_ _		_ _ . _	_ _ _ . _	_ _ . _	_
_ _		_ _ . _	_ _ _ . _	_ _ . _	_
_ _		_ _ . _	_ _ _ . _	_ _ . _	_
_ _		_ _ . _	_ _ _ . _	_ _ . _	_
_ _		_ _ . _	_ _ _ . _	_ _ . _	_
_ _		_ _ . _	_ _ _ . _	_ _ . _	_
_ _		_ _ . _	_ _ _ . _	_ _ . _	_
_ _		_ _ . _	_ _ _ . _	_ _ . _	_
_ _		_ _ . _	_ _ _ . _	_ _ . _	_
_ _		_ _ . _	_ _ _ . _	_ _ . _	_

0.0. d Heure de Fin : |_|_| heures|_|_| mn

0.0a. N° du Questionnaire: |_|_| |_|_|_|

REFERENCE AU POSTE DE SANTE

Nom de l'enfant : _____ Age : _____

Poids : _____

Taille : _____

Poids/Taille (Z-Score) : _____

Œdèmes : _____

Est orienté au Poste de Santé en raison de son état nutritionnel

MSP-PAM-SE/CNSA-UNICEF, AGVSAN 2010

REFERENCE AU POSTE DE SANTE

Nom de l'enfant : _____ Age : _____

Poids : _____

Taille : _____

Poids/Taille (Z-Score) : _____

Œdèmes : _____

Est référé au Poste de Santé () pour être orienté vers un Service de Nutrition, en raison de son état nutritionnel.

MSP-PAM-SE/CNSA-UNICEF, AGVSAN 2010

REFERENCE AU POSTE DE SANTE

Nom de l'enfant : _____ Age : _____

Poids : _____

Taille : _____

Poids/Taille (Z-Score) : _____

Œdèmes : _____

Est référé au Poste de Santé () pour être orienté vers un Service de Nutrition, en raison de son état nutritionnel.

MSP-PAM-SE/CNSA-UNICEF, AGVSAN 2010