

ENQUÊTE ADE, 2011

REPUBLIQUE DE MADAGASCAR
 INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
 DIRECTION DE LA DEMOGRAPHIE ET DES STATISTIQUES SOCIALES

ONN/PNNC
 BANQUE MONDIALE
 UNICEF

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME (ALLEGE)

(15 – 49 ans)

Pour les femmes 15-49 ans dans les ménages des 296 grappes non visitées en 2007

IDENTIFICATION

NOM	Mettre nom ici	code	commentaires
A01	Code grappe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
A01a	Grappe tracking	1=Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>
A02	Province	<input type="checkbox"/>	
A03	District	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
A04	Commune	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
A05	Fokontany	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
A06	URBAIN/RURAL	1 = urbain 2 = rural	<input type="checkbox"/>
A08	Fkt desservi par site Seecaline	1 = oui, site dans FKT 2 = jamais desservi 3 = oui, desservi autre site 4= oui, auparavant	<input type="checkbox"/>
A09	Code ménage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /	
A10	N° ligne Femme en 2011 (B01 / B09a)	Nom: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Voir tableau de ménage I

SECTION X- SURVEY STAFF DETAILS

VISITES D'ENQUÊTEUR / ENQUETRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNÉE <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
NOM DE L'ENQUÊTRICE				CODE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RÉSULTAT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PROCHAINE VISITE :DATE				NBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>
HEURE				
*CODES RÉSULTAT: 1 REMPLI 2 DIFFÉRÉ 3 REFUSÉ 4 ABSENTE POUR UNE LONGUE PERIODE 8 AUTRE (PRÉCISER)				
CONTRÔLEUR/SE	CONTRÔLE BUREAU		SAISI PAR	
NOM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NOM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		NOM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
DATE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DATE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		DATE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Section FA: GROSSESSES ET NAISSANCES

A REMPLIR A PARTIR DU QUEST. MENAGE	B12 <input type="checkbox"/> Situation matrimoniale	B18 <input type="checkbox"/> Scolarisation	B19 a <input type="checkbox"/> Niveau	B19 b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Classe	
N°.	QUESTION	REPONSE/CODES			ALLER À
FA00	VÉRIFIER B08b de la Section B Tableau de ménage I Age de la femme à enquêter.	Entre 15 – 49 <input type="text"/> <input type="text"/>			
FA01	Je souhaite vous poser quelques questions concernant vos grossesses antérieures et éventuellement actuelles Etes-vous enceinte actuellement ?	OUI 1 NON 2 PAS SURE 3			→ FA.03
FA02	Etes-vous déjà tombée enceinte ?	OUI 1 NON 2			→ Section SA
FA03	FA01 = OUI : quel est le rang de cette grossesse ? Si Première grossesse, marquer « 01 ». SI NON, inscrire le nombre FA01 = NON/PAS SURE Combien de fois étiez-vous enceinte ? Notez le nombre de grossesse.	a-1ERE FOIS ENCEINTE : 01 b-ISAN'NY VOHOKA <input type="text"/> <input type="text"/>			→ FB01 COL(A)
FA04	Quels ont été les termes de ces grossesses ?	a- NAISSANCES VIVANTES <input type="text"/> <input type="text"/> b- AVORTEMENTS..... <input type="text"/> <input type="text"/> c- FAUSSES COUCHES..... <input type="text"/> <input type="text"/> d- MORTS NES..... <input type="text"/> <input type="text"/>			
FA05	VERIFIER FA04-a : NAISSANCES VIVANTES AVEC NAISSANCES VIVANTES <input type="checkbox"/> ↓ FA06	PAS DE NAISSANCES VIVANTES <input type="checkbox"/>			→ FA.09
FA06	Parmi les fils que vous avez mis au monde, combien habitent avec vous ? Parmi les filles que vous avez mis au monde, combien habitent avec vous ? SI INEXISTANTS, METTRE 00.	a-FILS À LA MAISON..... <input type="text"/> <input type="text"/> b-FILLES À LA MAISON <input type="text"/> <input type="text"/>			
FA07	En ce moment, y aurai t-il des enfants que vous avez mis au monde mais qui n'habitent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2			→ FA.09
FA08	Combien de fils ? Combien de filles ? SI INEXISTANTS, METTRE 00.	a-FILS AILLEURS <input type="text"/> <input type="text"/> b-FILLES AILLEURS <input type="text"/> <input type="text"/>			
FA09	Avez-vous déjà mis au monde un enfant(fils ou fille) vivant mais qui est mort par la suite ? Si non, insister : N'avez-vous pas eu d'enfant qui a présenté des signes de vie à la naissance ou qui a pleuré à la naissance mais qui est mort quelques heures/jours après ?	OUI 1 NON 2			→ FA.11
FA10	Combien de garçons décédés ? Combien de filles décédées ? SI INEXISTANTS, METTRE 00	a-GARÇONS DÉCÉDÉS..... <input type="text"/> <input type="text"/> b-FILLES DÉCÉDÉES <input type="text"/> <input type="text"/>			
FA11	LA SOMME DE FA.06, FA.08 ET FA.10 DOIVENT CORRESPONDRE AU CHIFFRE DE FA.04-a (NAISSANCES VIVANTES) Si il y a incohérence, veuillez questionnez le sujet(la femme) et corriger les erreurs.				
FA12	AVEZ VOUS DES ENFANTS NES <u>après AVRIL 2006</u> ? SI OUI, COMBIEN? - NOMBRE DE CEUX QUI HABITENT AVEC ELLE - NOMBRE DE CEUX QUI HABITENT AILLEURS (VERIFIER LES REPONSES DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE) SI NON, METTRE « 00 »	a-TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> b-ISANY ao an-trano <input type="text"/> <input type="text"/> c-ISANY any ivelany <input type="text"/> <input type="text"/>			

Section FC. ACCOUCHEMENT / ALLAITEMENT MATERNEL

FC00	<p>VERIFIER : FA12.b</p> <p style="text-align: center;">FEMME PAS D' ENFANTS 0 à 59 mois <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">MERE AVEC ENFANTS 0 à 59 mois <input type="checkbox"/></p>	<p>→ Section SA</p>	
	<p>VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT.</p>	<p>ENFANT LE PLUS JEUNE COL(A)</p> <p>Nom _____</p> <p>Code enfant <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Age de l'enfant (en mois) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p>ENFANT SUIVANT COL(B)</p> <p>Nom _____</p> <p>Code enfant <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Age de l'enfant (en mois) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>
<p>ACCOUCHEMENT <i>Date de naissance : (à partir Tableau de ménage I B08A)</i></p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
FC01	<p>(Nom)..... est-il né à terme ? (32 Semaines)</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
FC02	<p>A sa naissance, était-il très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit?</p> <p>TRÈS GROS 1</p> <p>PLUS GROS QUE LA MOYENNE... 2</p> <p>MOYEN 3</p> <p>PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4</p> <p>TRÈS PETIT 5</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FC03	<p>Où avez vous accouché de..... ?</p> <p>VOTRE DOMICILE 1</p> <p>AUTRE DOMICILE 2</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CSB. 3</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 4</p> <p>AUTRE 8 (PRÉCISER)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FC04	<p>Qui vous a assisté lors de l'accouchement de Nom..... ?</p> <p>PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN..... 1</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE FEMME/ASSISTANT MEDICAL..... 2</p> <p>AUTRES PERSONNES</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADIT..... 3</p> <p>PARENTS/AMIS..... 4</p> <p>AUTRE..... 5</p> <p>PERSONNE..... 6</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FC05	<p>Lors de l'accouchement de Nom....., avez-vous reçu une injection contre le tétanos ? (sur la cuisse)</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	
FC06	<p>Après la naissance de Nom, avez-vous eu un suivi de votre état de santé ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSER À FC08) ←</p>	

	VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT.	ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	ENFANT SUIVANT COL (B) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
FC07	Qui a effectué le suivi de votre état de santé ? PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ - MÉDECIN.....1 - INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME /ASSISTANT MEDICAL.....2 AUTRE PERSONNE - ACCOUCHEUSE TRADIT3 - ACN SEECALINE4 - PARENTS/AMIS5 - AUTRE8 INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<input type="checkbox"/>	
FC08	Durant les deux mois suivant l'accouchement, avez-vous pris de la vitamine A (gelule rouge)	OUI1 NON.....2 (PASSER À FC10) ←	
FC09	Après de qui avez-vous eu de la vitamine A ? - CENTRE DE SANTE DE BASE1 - ACN SEECALINE2 - MOBILISATEUR SANTE/ CAMPAGNE DE MASSE3 - AUTRE4 - NE SAIT PAS8	<input type="checkbox"/>	
ALLAITEMENT MATERNEL			
FC10	Avez-vous allaité (nom) ?	OUI1 NON.....2 (PASSER À SECTION FD) ←	OUI1 NON.....2 (PASSER À SECTION FD) ←
FC11	Combien de temps avez-vous allaité Nom ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> EST ENCORE ALLAITE.....97 NE SAIT PAS.....98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> EST ENCORE ALLAITE.....97 NE SAIT PAS.....98
FC12	Connaissez-vous la méthode d'allaitement moderne MAMA ? (Manabe Aizana ny Mampinono Anaka)	OUI1 NON.....2 (PASSER À FC13) ←	

	VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT	ENFANT LE PLUS JEUNE COL(A) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	ENFANT SUIVANT COL(B) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
FC12a	Où avez-vous pris connaissance de cette méthode ? (Possibilité de réponses multiples)	ACN SEECALINEA SECTEUR PUBLICB SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ..... C AUTRE SOURCE AGENT VBC D MEDIA SPOTS..... E BOUTIQUE F KIOSQUE.....G ÉGLISEH PARENTS/AMIS..... I VOISINS/COMMUNAUTEJ AUTRE _____ K (PRÉCISER)	
FC13	Combien de temps après la naissance avez-vous donné le sein à(Nom) ? - SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' HEURE. - SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. - AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 0..... 00 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT 0.....00 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>
FC14	Dans les 3 jours précédant l'arrivée du lait, avez-vous donné le colostrum à.....? (C'est-à-dire avez-vous présenté le sein même 'il n'y pas encore de montée laiteuse?)	OUI 1(PASSER À FC16) ← NON..... 2	OUI1(PASSER À FC16) ← NON.....2
FC15	Si non, pour quelles raisons ne l'avez-vous pas fait? - PAS DE LACTATION..... 1 - CESARIENNE..... 2 - MALADE..... 3 - TABOU/FADY..... 4 - C'EST PAS BON POUR LE BEBE.....5 - AUTRE..... 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A)	ENFANT SUIVANT COL (B)
	VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT	Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
FC16	Qu'est-ce qu'on a donné à.....(Nom) avant la véritable montée laiteuse ?	- a) LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL).....01 - b) EAU02 - c) EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE.....03 - d) SOLUTION D'EAU SALÉE SUCRÉE04 - e) PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ05 - f) THÉ/INFUSIONS06 - g) MIEL07 - h) SEIN / COLUSTRUM.....08 - i) AUTRE98 (SPÉCIFIER)	- a) LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL).....01 - b) EAU02 - c) EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE03 - d) SOLUTION D'EAU SALÉE SUCRÉE04 - e) PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ05 - f) THÉ/INFUSIONS.....06 - g) MIEL07 - h) SEIN / COLUSTRUM08 - i) AUTRE98 (SPÉCIFIER)
FC17	Allaitiez-vous toujours.....(Nom) actuellement? (VERIFIER FC11)	OUI 1 (PASSER À FC18) ← NON..... 2	
FC17B	A quel moi (NOM)a t-il arrêté de taiter?	Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	
FC17C	<i>Pourquoi avez-vous cessé d'alliter votre enfant ?</i> <i>Age de l'enfant1</i> <i>Il/elle est malade.....2</i> <i>Il/elle refuse..... 3</i> <i>Grossesse.....4</i> <i>Autre à préciser..... 8</i>	<input type="checkbox"/>	
FC17D	A quel mois a-t-il commencé à prendre des compléments alimentaires ?	Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	➔ FC21
FC18	Combien de fois avez-vous allaité Nom hier soir, c'est-à-dire du coucher du soleil à son lever ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT .. <input type="text"/> <input type="text"/>	
FC19	Dans la journée d'hier, combien de fois avez-vous allaité ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR. <input type="text"/> <input type="text"/>	
FC20	Je souhaite à présent vous poser une question sur la quantité de nourriture que vous avez prise depuis que vous allaitez Nom Cette quantité est elle plus que d'habitude, comme d'habitude, ou moins que d'habitude ? - PLUS QUE D'HABITUDE 1 - COMME D'HABITUDE..... 2 - MOINS QUE D'HABITUDE.... 3 - NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/>	

	VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT	ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	ENFANT SUIVANT COL (B) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
FC21	(Nom)..... a-t-il bu quelque chose dans la journée ou dans la nuit d'hier ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
FC22	A-t-on systématiquement ajouté du sucre dans les boissons que (Nom) a bu hier?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
FC23	Combien de fois avez-vous donné de la nourriture à (Nom) hier? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
FC24a	Dans la journée d'hier, combien de fois avez-vous donné de la purée ou des aliments semi-solides à Nom ? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
FC24b	Dans la journée d'hier, combien de fois avez-vous donné des aliments solides à (Nom) (<u>aliments solides</u>) ? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
FC25	Quelle sorte d'aliments a-t-on donné à Nom jusqu'à son sixième mois. - LAIT MATERNEL 1 - LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) 2 - LAIT ET AUTRES ALIMENTS SEMI-SOLIDES 3 - LAIT ET AUTRES ALIMENTS SOLIDES 4 - LAIT ET AUTRES LIQUIDES 5 - LAIT MATERNEL ET AUTRE LAIT 6 - NE SAIT PAS 8	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Section FD. SANTE DES ENFANTS MOINS DE 5 ANS (0 à 59 mois)

INSCRIRE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE EN MOIS DE CHAQUE ENFANTS MOINS DE 5 ANS.
(S'IL Y A PLUS DE 2 ENFANTS, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES)

		ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A)	ENFANT SUIVANT COL (B)
VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT		Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
VITAMINE 'A' ET VACCINATIONS DES ENFANTS			
FD01	Dans les six derniers mois, Nom a-t-il déjà pris de la vitamine A comme celui-ci? . (MONTRER LA VITAMINE A)	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD06) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD06) ← NE SAIT PAS 8
FD02	Où est-ce qu'il a eu cette vitamine A ? -CENTRE DE SANTE DE BASE..... 1 - ACN SEECALINE 2 - MOBILISATEUR SANTE / CAMPAGNE DE MASSE 3 - ECOLE 4 - AUTRE 5 - NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FD03	Qu'est ce qu'on vous a transmis comme message à propos de la vitamine A ? ENCERCLER LES REPONSES – PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	IMPORTANT POUR LA CROISSANCE DE L'ENFANT A IMPORTANT POUR LA VISION B IMPORTANT POUR LA PREVENTION DES MALADIES C IMPORTANT DE CONSOMMER DES ALIMENTS JAUNES D PAS DE MESSAGE E NE SAIT PAS F	IMPORTANT POUR LA CROISSANCE DE L'ENFANT A IMPORTANT POUR LA VISION B IMPORTANT POUR LA PREVENTION DES MALADIES C IMPORTANT DE CONSOMMER DES ALIMENTS JAUNES D PAS DE MESSAGE E NE SAIT PAS F
FD06	Est-ce que possède une carte de vaccination où l'on peut voir les vaccins qu'il a faits ?	OUI, VU 1 OUI, MAIS PAS VU 2 PAS DE CARNET 3 NE SAIT PAS 8	OUI, VU 1 OUI, MAIS PAS VU 2 PAS DE CARNET 3 NE SAIT PAS 8

		ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A)	ENFANT SUIVANT COL (B)
VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT		Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
FIEVRE / TOUX / DIARRHEE			
FD11	Nom a-t-il eu de la fièvre dans les deux dernières semaines?	OUI 1 NON.....2 (PASSER À FD13) ◀----- NE SAIT PAS.....8	OUI1 NON.....2 (PASSER À FD13) ◀----- NE SAIT PAS.....8
FD12	A-t-il pris des médicaments contre cette fièvre ?	OUI 1 NON.....2 (PASSER À FD13) ◀----- NE SAIT PAS.....8	OUI1 NON.....2 (PASSER À FD13) ◀----- NE SAIT PAS.....8
FD12A	Quel est le nom de ce médicament ? NOTER TOUT CE QU'ELLE CITE	FANSIDAR/PALUDAR A CHLOROQUINE..... B ASPIRINE /PARACETAMOL.....C IBUPROFENE ET AMINOPHEND PALUSTOP/ODY TAZO MOKA.....E ACT / ACTIPAL.....F AUTRE X NE SAIT PAS Z	FANSIDAR/PALUDAR A CHLOROQUINE B ASPIRINE /PARACETAMOL.....C IBUPROFENE ET AMINOPHEND PALUSTOP/ODY TAZO MOKA.....E ACT / ACTIPAL.....F AUTRE X NE SAIT PAS Z
FD13	Nom a-t-il eu de la toux dans les deux dernières semaines?	OUI 1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8
FD14	Nom a-t-il eu de la diarrhée dans les deux dernières semaines ?	OUI 1 NON.....2 (PASSER À FD20c) ◀----- NE SAIT PAS.....8	OUI1 NON.....2 (PASSER À FD20c) ◀----- NE SAIT PAS.....8
FD15	Je souhaite connaître la quantité d'eau que vous avez donné à Nom lors de sa diarrhée. Cette quantité était-elle par rapport à la quantité journalière normale : BEAUCOUP MOINS.....1 UN PEU MOINS2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ.....3 PLUS.....4 RIEN À BOIRE.....5 NE SAIT PAS.....8 SI MOINS, INSISTER : Avez-vous donné moins ou beaucoup moins par rapport à la normale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A)	ENFANT SUIVANT COL (B)
	VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT	Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
FD16	Quand il a eu la diarrhée, la quantité de nourriture que vous lui avez donnée était par rapport à la quantité journalière normale? BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER... 6 NE SAIT PAS..... 8 SI MOINS, INSISTER : Avez-vous donné moins ou beaucoup moins par rapport à la normale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FD17	Avez-vous donné de l'un de ces boissons à Nom?	OUI NON NSP	OUI NON NSP
	a) Liquide Sachet SRO	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8
	b) Liquide maison fait avec du sel ou sucre.	LIQUIDE MAISON 1 2 8	LIQUIDE MAISON 1 2 8
FD18	Avez-vous donné autre chose pour soigner cette diarrhée ?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À FD20) ← NE SAIT PAS..... 8	OUI1 NON.....2 (PASSER À FD20) ← NE SAIT PAS.....8
FD19	. Qu'est-ce que vous lui avez donné pour soigner cette diarrhée ? Autre chose ? NOTER TOUT CE QU'ELLE DIT.	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION (IM)..... B (I.V.) INTRAVEINEUSE..... C REMÈDES MAISON/PLANTES..... D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION (IM)..... B (I.V.) INTRAVEINEUSE..... C REMÈDES MAISON/PLANTES D AUTRE _____ X (PRÉCISER)
FD20	VERIFIER: FC17 « DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITE » ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ FD20c
FD20a	Quand Nom a eu la diarrhée dans les deux dernières semaines, avez-vous modifié vos habitudes d'allaitement ?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À FD20c) ←	
FD20b	Quand Nom a eu la diarrhée dans les deux dernières semaines avez-vous augmenté l'allaitement, réduit ou arrêté complètement ?	AUGMENTÉ..... 1 RÉDUIT..... 2 ARRÊTÉ COMPLÈTEMENT 3	

		ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A)	ENFANT SUIVANT COL (B)
	VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT	Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
FD20c	VERIFIER: FD11, FD13 sy FD14 : L'ENFANT A-T-IL ETE DEJA MALADE?	OUI à FD11 ou FD13 ou FD14 <input type="checkbox"/> → FD21 NON à FD11 et FD13 et FD14 <input type="checkbox"/> → FD23	OUI à FD11 ou FD13 ou FD14 <input type="checkbox"/> → FD21 NON à FD11 et FD13 et FD14 <input type="checkbox"/> → FD23
FD21	A qui vous adressez-vous souvent concernant la santé de votre enfant?	Mères SEECALINE.....A Mères non-SEECALINE.....B ACN.....C Mari.....D AUTRE _____E (PRÉCISER) PERSONNE.....F NE SAIT PAS.....G	Mères SEECALINE.....A Mères non-SEECALINE.....B ACN.....C Mari.....D AUTRE _____E (PRÉCISER) PERSONNE.....F NE SAIT PAS.....G
FD22	Avez-vous demandé des conseils ou des soins concernant la maladie de Nom ?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À FD23) ←	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À FD23) ←
FD22a	Où avez-vous cherché conseil ? NOTER TOUT CE QU'ELLE DIT	<u>SECTEUR PUBLIC</u> CENTRE DE SANTEA <u>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</u>B <u>AUTRE SOURCE</u> AGENT VBC C BOUTIQUE D KIOSQUEE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..F ACN SEECALINE G AUTRE AGENT NUTRITION COMMUNAUTAIRE H AUTRES MERES SEECALINEI AUTRES MERES NON-SEECALINE J AUTRE X (PRÉCISER) PAS DE CONSEIL Y	<u>SECTEUR PUBLIC</u> CENTRE DE SANTEA <u>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</u>B <u>AUTRE SOURCE</u> AGENT VBCC BOUTIQUED KIOSQUEE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..F ACN SEECALINE G AUTRE AGENT NUTRITION COMMUNAUTAIREH AUTRES MERES SEECALINEI AUTRES MERES NON-SEECALINE J AUTRE X (PRÉCISER) PAS DE CONSEIL Y
FD22b	Où avez-vous emmené..... (Nom) pour recevoir des soins ? D'autres endroits ? NOTER TOUT CE QU'ELLE DIT.	<u>SECTEUR PUBLIC</u> CENTRE DE SANTEA <u>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</u>B <u>AUTRE SOURCE</u> AGENT VBC C NITSABO TENA IRERY D GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..E PAS DE TRAITEMENT F AUTRE X (PRÉCISER)	<u>SECTEUR PUBLIC</u> CENTRE DE SANTEA <u>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</u>B <u>AUTRE SOURCE</u> AGENT VBC.....C NITSABO TENA IRERY.....D GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..E PAS DE TRAITEMENT F AUTRE X (PRÉCISER)

VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT	ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	ENFANT SUIVANT COL (B) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>

NOURRITURES DES ENFANTS

FD23	Combien de fois par jour (Nom) a-t-il mangé ? 3 FOIS PAR JOUR OU PLUS 1 2 FOIS PAR JOUR 2 1 FOIS PAR JOUR 3 UNIQUEMENT ALLAITE 7 (PASSER À LA SECTION FH01) ← NE SAIT PAS 8	<input type="text"/> SI = 7 : PASSER À LA COLONNE SUIVANTE	<input type="text"/> SI = 7 : PASSER À LA SECTION SA		
FD24	Hier, combine de fois Nom a-t-il bu de l'une de ces liquides? A t-il bu..... Aujourd'hui ? DEMANDER POUR CHAQUE BOISSON QU'IL A PRISE.	<u>HIER</u> NOMBRE DE FOIS	<u>Aujourd'hui</u> 1.OUI 2.NON	<u>HIER</u> NOMBRE DE FOIS	<u>Aujourd'hui</u> 1.OUI 2.NON
	SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.				
a	Eau?	a <input type="text"/>	a. 1 2	a <input type="text"/>	a. 1 2
b	Jus de riz?	b <input type="text"/>	b. 1 2	b <input type="text"/>	b. 1 2
c	Boisson pour bébés ?	c <input type="text"/>	c. 1 2	c <input type="text"/>	c. 1 2
d	Du lait tel que lait en boîte, lait en poudre, lait entier?	d <input type="text"/>	d. 1 2	d <input type="text"/>	d. 1 2
e	Jus de fruit?	e <input type="text"/>	e. 1 2	e <input type="text"/>	e. 1 2
f	Autre liquide?	f <input type="text"/>	f. 1 2	f <input type="text"/>	f. 1 2

	VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT	ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A)		ENFANT SUIVANT COL (B)	
		Nom _____	Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/>	Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	Nom _____
FD26	Combien de fois(Nom) a-t-il mangé du..... hier ? A t-il mangé du..... aujourd'hui ? DEMANDER POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS. SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.	<u>HIER</u>	<u>AUJOURD'HUI</u>	<u>HIER</u>	<u>AUJOURD'HUI</u>
		NOMBRE DE FOIS	1.OUI 2.NON	NOMBRE DE FOIS	1.OUI 2.NON
A	- Aliments à base de <u>céréales</u> [ex: Mofogasy, mil, sorgho, maïs, riz, blé, bouillie, ou autres céréales locales]?	A <input type="checkbox"/>	A. 1 2	A <input type="checkbox"/>	A. 1 2
B	- Igname ou courge <u>rouge ou jaune</u> , carottes ou patates douces rouges?	B <input type="checkbox"/>	B. 1 2	B <input type="checkbox"/>	B. 1 2
C	- Autres aliments à base de <u>tubercules</u> [par ex: pommes de terre, igname blanche, manioc, farine de manioc (cassava), ou autre tubercules/racines locales?]	C <input type="checkbox"/>	C. 1 2	C <input type="checkbox"/>	C. 1 2
D	- N'importe quel légume à <u>feuilles vertes</u> ?	D <input type="checkbox"/>	D. 1 2	D <input type="checkbox"/>	D. 1 2
E	- <u>Mangue, papaye</u> [ou autres fruits locaux riches en vitamine A]?	E <input type="checkbox"/>	E. 1 2	E <input type="checkbox"/>	E. 1 2
F	- Tout <u>autre fruit et légume</u> [par ex: banane, pomme, haricots verts, avocat, tomate]?	F <input type="checkbox"/>	F. 1 2	F <input type="checkbox"/>	F. 1 2
G	- <u>Volaille, poisson, coquillages, ou oeufs</u> ?	G <input type="checkbox"/>	G. 1 2	G <input type="checkbox"/>	G. 1 2
H	- Autres aliments à base de légumes [par ex: lentilles, haricots, soja, légumineuses, ou arachides]?	H <input type="checkbox"/>	H. 1 2	H <input type="checkbox"/>	H. 1 2
I	- <u>Fromage ou yaourts</u> ?	I <input type="checkbox"/>	I. 1 2	I <input type="checkbox"/>	I. 1 2
J	- Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou de beurre?	J <input type="checkbox"/>	J. 1 2	J <input type="checkbox"/>	J. 1 2
K	- Viande (zebu)?	K <input type="checkbox"/>	K. 1 2	K <input type="checkbox"/>	K. 1 2

	VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT	ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	ENFANT SUIVANT COL (B) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
FD26a	Préparez-vous une alimentation spéciale pour(Nom)?	OUI 1 NON 2	
FD26b	Quelle est la consistance des repas que vous donnez à(Nom) ? Bouillie.....1 Purée.....2 Solide3	<input type="checkbox"/>	
FD26c	Qui donne les repas à(Nom)? Seul.....1 Mère2 Frère/sœur3 Nurse.....4 Grands-parents.....5 Autre.....8	<input type="checkbox"/>	
FD26d	L'encourage t-on à terminer sa part ?	OUI 1 NON 2	
FD28	Avez-vous reçu des conseils spécialisés concernant l'alimentation de (Nom) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À LA SECTION SA) ←	
FD28a	Qui vous ont donné ces conseils : ACN SEECALINE..... AUTRE INTERVENANTS..... AMIS/PARENTS..... AUTRES MERES SEECALINE AUTRES MERES non-SEECALINE ..	<input type="checkbox"/> <hr/>	

Section SA: PARTICIPATION AUX PROGRAMMES NUTRITIONNELS

[ADMINISTRER SEULEMENT DANS LES GRAPPES SEECALINE : A08=1(site dans le FKT) OU A08=3 (desservi par autre site)]

FILTRE																											
<input type="checkbox"/> A08=1 ou A08=3 ou A08=4 (Site dans le FKT ou desservi par autre site ou desservi auparavant)		<input type="checkbox"/> A08=2 (jamais desservi) → FIN OBSERVATION																									
CHECK : Nombre d'enfants dont la femme est responsable : (voir B08b et B17b du Tableau de ménage II)																											
Moins de 10 ans <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Moins de 5 ans (0 à 59 mois) <input type="checkbox"/>																									
Moins de 3 ans (0 à 35 mois) <input type="checkbox"/>																											
N°.	QUESTION	REPONSE/CODES	ALLER À																								
SA00	Avez-vous participé au programme de SEECALINE dans le passé?	OUI.....1 NON.....2																									
SA03	Participez-vous à un autre programme nutritionnel à part celui de SEECALINE ?	OUI.....1 NON.....2	→ SA00X																								
SA03A	Lesquels ? a) NAC b) CRS c) CARE d) NUTRIMAD e) ETAT/ Gouvernement f) SAF FJKM g) ADRA h) SANTE NET i) SALOHI j) Particulier k) Autres (Préciser)_____	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td style="text-align: center;">Non</td> </tr> <tr> <td>a) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>i) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>j) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>k) 1</td> <td>2</td> </tr> </table>	Oui	Non	a) 1	2	b) 1	2	c) 1	2	d) 1	2	e) 1	2	f) 1	2	g) 1	2	h) 1	2	i) 1	2	j) 1	2	k) 1	2	
Oui	Non																										
a) 1	2																										
b) 1	2																										
c) 1	2																										
d) 1	2																										
e) 1	2																										
f) 1	2																										
g) 1	2																										
h) 1	2																										
i) 1	2																										
j) 1	2																										
k) 1	2																										
SA00X	Si SA00 = 1 → SA00A	Si SA00 = 2 → SA00B																									
SA00A	Si oui (SA00=1) Depuis combien de temps avez vous participer à ce programme? [1ere pesee 1ere enfant]	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mois années	→ SA02																								
SA00B	Si non (SA00=2) jamais participé: pour quelles raisons n'avez-vous pas participé à ce programme SEECALINE a. mes enfants ont plus de 3 ans b. site trop éloigné c. route impraticable d. je ne suis pas intéressée e. mes enfants sont bien portants f. on m'a dit que je ne pouvais pas participer g. autre [SPECIFIER]_____	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td style="text-align: center;">Non</td> </tr> <tr> <td>a) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) 1</td> <td>2</td> </tr> </table>	Oui	Non	a) 1	2	b) 1	2	c) 1	2	d) 1	2	e) 1	2	f) 1	2	g) 1	2	} FIN (OBSERVATION)								
Oui	Non																										
a) 1	2																										
b) 1	2																										
c) 1	2																										
d) 1	2																										
e) 1	2																										
f) 1	2																										
g) 1	2																										
SA02	Avez-vous participé au programme SEECALINE au cours des 3 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	→ FILTRE SA03																								
SA02C	Si non (SA02=2), pas participé derniers 3 mois pour quelles raisons ne participé plus à un programme SEECALINE ? a. mes enfants ont plus de 3 ans b. site trop éloigné c. route impraticable d. je ne suis pas intéressée e. mes enfants sont bien portants f. on m'a dit que je ne pouvais pas participer g. autre [SPECIFIER]_____	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td style="text-align: center;">Non</td> </tr> <tr> <td>a) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) 1</td> <td>2</td> </tr> </table>	Oui	Non	a) 1	2	b) 1	2	c) 1	2	d) 1	2	e) 1	2	f) 1	2	g) 1	2									
Oui	Non																										
a) 1	2																										
b) 1	2																										
c) 1	2																										
d) 1	2																										
e) 1	2																										
f) 1	2																										
g) 1	2																										
SA02J	Quand avez-vous arrete votre participation à ce programme?	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mois années																									

FILTRE SA03:
 SA01=1 ou SA02=1 (participation au programme SEECALINE au cours des 3 derniers mois) ↴

 SA01=1 ou SA02=2 (Aucune participation au programme au cours des 3 derniers mois)tsy nandray anjara tato anatin'ny telo volana farany →
section SB

N°.	QUESTION	REPONSE/CODES	ALLER À
	l)	l)	
SA04	Durant les trois derniers mois, combien de fois vous êtes-vous rendu dans un site SEECALINE ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
SA05	Quel a été le motif de votre dernière visite? 1. Peser l'enfant 2. Supplément de nourriture 3. Vitamine A pour moi même 4. Vitamine A pour mes enfants 5. Déparasitage 6. Conseil pour enfant 7. Conseil pour femme enceinte 8. Démonstration culinaires	<input type="checkbox"/>	
SA06	Dans les trois derniers mois, avez-vous manqué à l'une des visites que vous faites régulièrement à un site SEECALINE?	<input type="checkbox"/>	1.OUI 2.NON → SB01
SA06a	Pourquoi avez-vous manqué ces visites ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Voir code raison visite manquée

Code raison visite manquée:

01. site trop éloigné	07. je suis enceinte
02. route impraticable	08. j'ai oublié
03. enfant malade	09. je ne suis plus intéressée
04. était obligée de travailler	10. ACN n'était pas dans le site
05. était obligée de m'occuper d'autres enfants	11. problème de communication avec l'ACN
06. je viens d'avoir un enfant	12. l'enfant a dépassé l'age limite
	98. autre (à préciser)

Section SB: PARTICIPATION DE L'ENFANT AU PROGRAMME DE SUIVI : PESEE (DEMANDER LE CARNET)

Parcourir la liste de tous **les enfants de moins de 10 ans** dont la femme est responsable dans « le tableau de ménage I »

(questionnaire ménage **B08b** et **B17b**). Assurez-vous que vous copiez **le même code** pour chaque enfant.

Enfants moins de 10 ans dont la femme est responsable						Enfants moins de 5 ans (0 à 59 mois) dont la femme est responsable				
SB01	SB02	SB03		SB04		SB05	SB06X		SB07X	
CODE ENFANT Tableau de ménage B01	Nom de l'enfant	Age (verifier Questionnaire MENAGE) (A) (B)		(Nom) a-t-il/elle jamais été pesé(e) dans le site?	Si déjà pesé, à quel âge (nom) a-t-il été pesé la première fois?	CHECK : SA02 = 1 → SB06x SI SA02=2 → SECTION SH NOTE: ADMINISTRER LES QUESTIONS SUIVANTES [SB06-SB11] SEULEMENT POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS (0 à 59 MOIS)	(Nom) participe t-il à la pesée actuellement ?		Durant les trois derniers mois, combien de fois (nom) a t-il été pesé?	
	Tableau de ménage B02	Age en années révolues (Tableau de ménage B08b)	Si moins de 5 ans Age en mois révolu (Tab ménage B08c)	Si non passer à la ligne suivante Oui Non	Age première pesée en mois		Si non passer à la ligne suivante Oui Non	Nombre de fois		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2		<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR/ENQUETRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW
(SI LE QUESTIONNAIRE N'A PAS ÉTÉ REMPLI, EXPLIQUER)

Q1 : LORS DE L'INTERVIEW, QUI D'AUTRE QUE L'ENQUETEE ETAIT PRESENT ?

- A. AUCUNE PERSONNE
- B. ENFANT DE 5 ANS OU MOINS
- C. ENFANT DE 5 ANS OU PLUS
- D. EPOUX
- E. UN ADULTE, MEMBRE DU MENAGE
- F. UN ADULTE, NON MEMBRE DU MENAGE

Q2. COMMENT EVALUEZ-VOUS LA PRECISION DES REPONSES DE L'ENQUETEE ?

- 1 EXCELLENT
- 2 BON
- 3. MOYEN
- 4. PASSABLE
- 5. MAUVAIS

Q3. QUELLES QUESTIONS L'ENQUETEE A-T-ELLE TROUVE DIFFICILES/EMBARASSANTES/CONFUSES ?

Q4. QUELLES QUESTIONS L'ENQUETEUR/TRICE A-T-IL TROUVE DIFFICILES/EMBARASSANTES/CONFUSES?

Q5. QUELLES QUESTIONS ONT PARTICULIEREMENT INTERESSE L'ENQUETEE ?

NOM DE L'ENQUETEUR /TRICE : _____ DATE: _____

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR/CONTROLEUSE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

Notes:

NOM DU CONTROLEUR/CONTROLEUSE: _____ DATE: _____