

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ A MADAGASCAR
QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR - MÉNAGES ENFANTS SEULEMENTS

REVISITER

MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INSTAT)

IDENTIFICATION												
NOM DE LA LOCALITÉ _____												
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____												
NUMÉRO DE GRAPPE				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>								
NUMÉRO DU MÉNAGE				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>								
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON)												
				1 <input type="checkbox"/> → FIN ENQUÊTE 2 <input type="checkbox"/> → CONTINUEZ								
VÉRIFIEZ - CE QUESTIONNAIRE EST POUR LA RE-MESURE APRÈS LA RÉCEPTION DES DONNÉES DE TOUS LES AGENTS												
VISITES LE TECHNICIEN DE SANTÉ												
	1	2	3	VISITE FINALE								
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>								
NOM DU TECHNICIEN	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>								
				ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>								
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>								
HEURE	_____	_____										
NOTES: _____ _____ _____ _____ _____				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>								
CHEF D'ÉQUIPE												
_____				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>								
NOM				NUMÉRO								

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	LE SUPERVISEUR DOIT COMPLETER LA QUESTION 102-105 À L'AIDE DU RAPPORT DE TABLETTE UTILISEZ LE MENU SUPERVISEURS ET SÉLECTIONNEZ L'OPTION APPROPRIÉE DE LISTER TOUS LES ENFANTS DE 0 À 5 ANS ADMISSIBLES À UNE RÉVISION. INSCRIVEZ LE NOM COMPLET, L'ÂGE ET LE NUMÉRO DE LIGNE COMME ILS APPARAISSENT DANS LE RAPPORT DE VOTRE TABLETTE.			
		ENFANT À RE-MESURER 1	ENFANT À RE-MESURER 2	ENFANT À RE-MESURER 3
102	DU RAPPORT DE LA TABLETTE: ÉCRIVEZ LE NOM, L'ÂGE ET LE NUMÉRO DE LIGNE COMPLETS DE L'ENFANT	NOM _____ L'ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/> LE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ L'ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/> LE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ L'ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/> LE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
103	DU RAPPORT DE LA TABLETTE: COPIE DE LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE)	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2016-2021?	2016-2021 1 2015 OU AVANT 2 (PASSEZ À 109) ←	2016-2021 1 2015 OU AVANT 2 (PASSEZ À 109) ←	2016-2021 1 2015 OU AVANT 2 (PASSEZ À 109) ←
105	A PARTIR DU RAPPORT DE LA TABLETTE, INDIQUEZ COMMENT L'ENFANT A ÉTÉ MESURÉ POUR LA PREMIÈRE FOIS: ALLONGÉ OU DEBOUT	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2
	Technicien commencer à partir d'ici			
106	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
107	VÉRIFIEZ 103 POUR DÉTERMINER LE BESOIN DE MESURER L'ENFANT : TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 109) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 109) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 109) ←
108	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2
109	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN

101	LE SUPERVISEUR DOIT COMPLETER LA QUESTION 102-105 À L'AIDE DU RAPPORT DE TABLETTE UTILISEZ LE MENU SUPERVISEURS ET SÉLECTIONNEZ L'OPTION APPROPRIÉE DE LISTER TOUS LES ENFANTS DE 0 À 5 ANS ADMISSIBLES À UNE RÉVISION. INSCRIVEZ LE NOM COMPLET, L'ÂGE ET LE NUMÉRO DE LIGNE COMME ILS APPARAISSENT DANS LE RAPPORT DE VOTRE TABLETTE.			
		ENFANT À RE-MESURER 4	ENFANT À RE-MESURER 5	ENFANT À RE-MESURER 6
102	DU RAPPORT DE LA TABLETTE: ÉCRIVEZ LE NOM, L'ÂGE ET LE NUMÉRO DE LIGNE COMPLETS DE L'ENFANT	NOM _____ L'ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/> LE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ L'ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/> LE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ L'ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/> LE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
103	DU RAPPORT DE LA TABLETTE: COPIE DE LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE)	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2016-2021?	2016-2021 1 2015 OU AVANT 2 (PASSEZ À 109) ←	2016-2021 1 2015 OU AVANT 2 (PASSEZ À 109) ←	2016-2021 1 2015 OU AVANT 2 (PASSEZ À 109) ←
105	À PARTIR DU RAPPORT DE LA TABLETTE, INDIQUEZ COMMENT L'ENFANT A ÉTÉ MESURÉ POUR LA PREMIÈRE FOIS: ALLONGÉ OU DEBOUT	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2
Technicien commencer à partir d'ici				
106	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
107	VÉRIFIEZ 103 POUR DÉTERMINER LE BESOIN DE MESURER L'ENFANT : TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 109) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 109) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 109) ←
108	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2
109	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN