

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE

CELLULE DE PLANIFICATION
ET DE LA STATISTIQUE



MINISTERE DE L'ECONOMIE
ET DES FINANCES

INSTITUT NATIONAL DE LA
STATISTIQUE (INSTAT)

**ENQUETE EN GRAPPE A INDICATEURS MULTIPLES ET DE DEPENSES DES
MENAGES (MICS-ELIM 2009)**

QUESTIONNAIRE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS		UF
<p><i>Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou personnes en charge (voir colonne HL9 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir colonne HL6 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).</i></p> <p><i>Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible.</i></p>		
UF1. Numéro de grappe : _ _ _ _ _ _ _	UF2. Numéro de ménage : _ _ _ _ _ _ _	
UF3. Nom de l'enfant : Nom _____	UF4. Numéro de ligne de l'enfant : _ _ _ _ _ _ _	
UF5. Nom de la mère / gardienne : Nom _____	UF6. Numéro de ligne de la mère / gardienne : _ _ _ _ _ _ _	
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____ _ _ _ _ _ _ _	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview : _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _	
UF7A. Nom et code du contrôleur : Nom _____ _ _ _ _ _ _ _	UF8A. Jour / Mois / Année de contrôle : _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _	

Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée :

NOUS FAISONS PARTIE DE L'EQUIPE DU MINISTERE DE LA SANTE – MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE, L'EDUCATION, LA NUTRITION ET LES DEPENSES DES MENAGES. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (*nom*). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE DU TEMPS. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

- ☐ Oui, permission accordée ⇒ Allez à UF12 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview.
- ☐ Non, permission non accordée ⇒ Complétez UF9. Discutez ce résultat avec votre chef d'équipe.

UF9. Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans : <i>Les codes font référence à la mère/gardienne.</i>	Rempli 1 Pas à la maison..... 2 Refusé 3 Partiellement rempli 4 Incapacité 5 Autre (<i>préciser</i>) 6
---	---

UF10. Contrôlé sur le terrain par le Chef d'Equipe : Nom _____ _ _ _ _ _ _ _	UF11. Agent de saisie (Nom et code) : Nom _____ _ _ _ _ _ _ _
UF10A. Contrôlé sur le terrain par Superviseur : Nom _____	

UF12. Enregistrez l'heure.	Heure et minutes ... _ _ _ _ : _ _ _ _	
----------------------------	---	--

AGE		AG
<p>AG1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE DE (nom).</p> <p>EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insistez:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p><i>Si la mère/personne en charge connaît la date de naissance exacte, inscrivez également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour</i></p> <p><i>Le mois et l'année doivent être enregistrés.</i></p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Jour _ _ _ </p> <p>NSP Jour98</p> <p>Mois _ _ _ </p> <p>Année _ _ _ _ _ </p>	
<p>AG2. QUEL AGE A (nom) ?</p> <p><i>Insistez : QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i></p> <p><i>Enregistrez l'âge en années révolues.</i></p> <p><i>Si moins de 1 an, enregistrez '0'.</i></p> <p><i>Comparez et corrigez AG1 et/ou AG2 si incohérences.</i></p>	<p>Âge (en années révolues) _ _ </p>	
<p>Vérifiez AG1 et AG2 : Age de l'enfant :</p> <p><input type="checkbox"/> Si mois et année pas connus ⇒ Continuez avec AG2A <input type="checkbox"/> Si mois et année connus, donner l'âge en mois révolus correspondant sur le calendrier des événements et inscrire dans les cases prévues à cet effet et continuer au Module suivant</p>		
<p>AG2A. ESTIMER L'AGE A L'AIDE DU CALENDRIER D'EVENEMENT DE (NOM)</p>	<p>Âge (en mois révolus) _ _ _ </p>	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
BR1. (<i>Nom</i>) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? <i>Si oui, demandez</i> PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu 1 Oui, non vu 2 Non 3 NSP 8	1⇒ BR5 2⇒ BR5
BR2. LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒ BR5
BR3. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT ?	Oui 1 Non 2	2⇒ BR5
BR4. POURQUOI LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>) N'A-T-ELLE PAS ETE ENREGISTREE/DECLAREE ? NE PAS CITER LES REPONSES	Coûte trop cher 1 C'est trop loin 2 Ne savait pas qu'elle devait être enregistrée 3 Ne voulait pas payer d'amende 4 Ne sait pas où l'enregistrer 5 Autre (précisez) 6 NSP 8	
BR5. SELON VOUS QUELLE EST L'IMPORTANCE DE SE FAIRE ENREGISTRER DES LA NAISSANCE? NE PAS CITER LES REPONSES (PLUSIEURS REPONSES SONT POSSIBLES)	Présentation aux examens scolaires A Etablissement de documents d'identité (carte, passeport, etc.) B Mariage C Vote D Autre (précisez) X NSP Z	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		EC
EC1. COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (<i>nom</i>) ?	Aucun00 Nombre de livres d'enfant _ _ Dix livres ou plus10	
EC2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (<i>nom</i>) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC : [A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPÉES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ? [B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ? [C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES CUVETTES OU CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ? <i>Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insistez pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.</i>	<div style="text-align: right;">O N NSP</div> Jouets fabriqué à la maison1 2 8 Jouets de magasin/Fabriquant.....1 2 8 Objets du ménage ou objets du dehors1 2 8	
EC3. PARFOIS LES ADULTES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, FAIRE LA LESSIVE, OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES JEUNES ENFANTS. AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE, COMBIEN DE JOURS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ETE: [A] LAISSE SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? [B] LAISSE A LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT (C'EST-A-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? <i>Si 'jamais', 'inscrivez '00'. Si 'Ne sait pas', inscrivez '98'</i>	Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure..... _ _ Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure.... _ _	
EC4. Vérifiez AG2: Age de l'enfant <input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuez avec EC5 <input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Allez au Module suivant		
EC5. (<i>Nom</i>) S'IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'EVEIL, COMME UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?	Oui1 Non2 NSP8	2⇒EC7 8⇒EC7
EC6. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (<i>nom</i>) A-T-IL FREQUENTE CET ENDROIT ?	Nombre d'heures _ _	

<p>EC7. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE PLUS DE 15 ANS, PARTICIPE AVEC (<i>nom</i>) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>Si oui, demandez:</i> QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Encerclez tout ce qui est cité.</i></p> <p>[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[B] RACONTER DES HISTOIRES/CONTES/DEVINETTES A (<i>nom</i>) ?</p> <p>[C] CHANTER DES CHANSONS A (<i>nom</i>) OU AVEC (<i>nom</i>), Y COMPRIS DES BERCEUSES ?</p> <p>[D] EMMENER (<i>nom</i>) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ?</p> <p>[E] JOUER AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[F] PASSER DU TEMPS AVEC (<i>nom</i>) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>2⇒EC8</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mère</th> <th>Père</th> <th>Autre</th> <th>Pers-son-ne</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lire des livres</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Raconter des histoires</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Chanter des chansons</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Promener</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Jouer</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Passer du temps</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Mère	Père	Autre	Pers-son-ne	Lire des livres	A	B	X	Y	Raconter des histoires	A	B	X	Y	Chanter des chansons	A	B	X	Y	Promener	A	B	X	Y	Jouer	A	B	X	Y	Passer du temps	A	B	X	Y	
	Mère	Père	Autre	Pers-son-ne																																	
Lire des livres	A	B	X	Y																																	
Raconter des histoires	A	B	X	Y																																	
Chanter des chansons	A	B	X	Y																																	
Promener	A	B	X	Y																																	
Jouer	A	B	X	Y																																	
Passer du temps	A	B	X	Y																																	
<p>EC8. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. LES ENFANTS NE SE DEVELOPPENT PAS TOUS DE MANIERE IDENTIQUE ET ILS N'APPRENNENT PAS TOUS A LA MEME VITESSE. CERTAINS, PAR EXEMPLE, MARCHENT PLUS TOT QUE D'AUTRES. CES QUESTIONS PORTENT SUR PLUSIEURS ASPECTS DU DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT.</p> <p>EST-CE QUE (<i>nom</i>) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>																																				
<p>EC9. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>																																				
<p>EC10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10 ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>																																				
<p>EC11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>																																				
<p>EC12. EST-CE QU'IL ARRIVE PARFOIS QUE (<i>nom</i>) SOIT TROP MALADE POUR JOUER ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>																																				
<p>EC13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS POUR FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>																																				

EC14. QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (<i>nom</i>), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?	Oui1 Non2 NSP8	
EC15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui1 Non2 NSP8	
EC16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?	Oui1 Non2 NSP8	
EC17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST FACILEMENT DISTRAIT?	Oui1 Non2 NSP8	

ALLAITEMENT		BF
BF1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A ETE ALLAITE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	2⇒BF3 8⇒BF3
BF2. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST ENCORE ALLAITE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
BF3. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER QUELS LIQUIDES (<i>nom</i>) A RECU HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT. JE CHERCHE A SAVOIR SI (<i>nom</i>) A REÇU CE LIQUIDE MEME S'IL ETAIT MELANGE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DE L'EAU HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
BF4. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDU EN COMMERCE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	2⇒BF6 8⇒BF6
BF5. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A T-IL BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE ?	Nombre de fois..... __ __	
BF6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DU LAIT TEL QUE DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	2⇒BF8 8⇒BF8
BF7. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A T-IL BU DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?	Nombre de fois..... __ __	
BF8. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DES JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
BF9. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DE LA SOUPE HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
BF10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DES SUPPLEMENTS VITAMINIQUES OU MINERAUX OU DES MEDICAMENTS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
BF11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
BF12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU D'AUTRES LIQUIDES, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
BF13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	2⇒BF15 8⇒BF15
BF14. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A T-IL BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois..... __ __	
BF15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE DE LA BOUILLIE LEGERE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
BF16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	2⇒BF18 8⇒BF18

<p>BF16A. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER QUELLE NOURRITURE (<i>nom</i>) A REÇU HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT.</p> <p>EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU OU A MANGE :</p> <p>A. DE PAIN, RIZ, PATE, AUTRE ALIMENTS A BASE A CEREALE, COMME LA BOUILLE EPAISSE (BOUILLIE A BASE A FARINE, DU MIL, MAIS, SORGO, OU AUTRES CEREALES, COUSCOUS, MISOLA, PPN, RIZ SAUCE, RIZ GRAS)</p> <p>B. CAROTTES, IGNAME OU COURGES DE CHAIR ROUGE, CITROUILLE DE CHAIR ROUGE OUPATATE DOUCE DE CHAIR ROUGE (ORANGE OU JAUNE).....</p> <p>C. ALIMENTS A BASE DE POMME DE TERRE, IGNAME BLANCHE, MANIOC, CASSAVA, PATATE DOUCE BLANCHE, OU AUTRES TUBERCULES OU RACINES LOCALS ?</p> <p>D. LEGUMES OU FEUILLES VERTES</p> <p>E. MANGUES OU PAPAYES MURES</p> <p>F. AUTRE FRUIT OU LEGUME</p> <p>G. FOIE, ROGNONS, CŒUR OU AUTRES ABATS</p> <p>H. VIANDE COMME BŒUF, PORC, MOUTON, CHEVRE, POULET, CANARD OU AUTRES VOLAILLES ?</p> <p>I. DES ŒUFS</p> <p>J. POISSON FRAIS OU SECHE</p> <p>K. ARACHIDES, NIEBES, HARICOTS, LENTILLES, SOJA, NOIX OU AUTRES ALIMENTS A BASE DE LEGUMINEUSES</p> <p>L. ALIMENTS PREPARES AVEC L'HUILE, DE LA GRAISSE, DE BEURRE</p> <p>M. ALIMENTS SUCRES COMME CHOCOLAT, BONBONS, PATISseries, GATEAU OU BISCUITS</p> <p>N. ASSAISONNEMENTS, LES EPICES, PIMENT, POISSON EN POUDRE OU LES HERBES</p> <p>O. LARVE, ESCARGOTS, OU INSECTES</p> <p>P. ALIMENTS PREPARES AVEC L'HUILE DE PALME ROUGE OU SAUCE DE L'HUILE DE PALME ROUGE ?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>A 1 2 8</p> <p>B 1 2 8</p> <p>C 1 2 8</p> <p>D 1 2 8</p> <p>E 1 2 8</p> <p>F 1 2 8</p> <p>G 1 2 8</p> <p>H 1 2 8</p> <p>I 1 2 8</p> <p>J 1 2 8</p> <p>K 1 2 8</p> <p>L 1 2 8</p> <p>M 1 2 8</p> <p>N 1 2 8</p> <p>O 1 2 8</p> <p>P 1 2 8</p>	
<p>BF17. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?</p>	<p>Nombre de fois..... __ __ </p>	
<p>BF18. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP..... 8</p>	

SOINS DES ENFANTS MALADES		CA
CA1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA7 8⇒CA7
CA2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITE DE LIQUIDES A ETE DONNE A (<i>nom</i>) DURANT SA DIARRHEE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHEE, A T-IL/ELLE RECU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? <i>Si moins, insistez:</i> EST-CE QU'IL/ELLE A RECU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins..... 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus..... 4 Rien à boire 5 NSP 8	
CA3. PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE RECU A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGE ? <i>Si moins, insistez:</i> EST-CE QU'IL/ELLE A RECU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?	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 NSP 8	
CA4. AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS: <i>Lisez à haute voix le nom de chaque produit et enregistrez la réponse avant de passer au produit suivant.</i> [A] UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SPECIAL APPELE SRO OU "KENYADJI"? : [B] UNE SOLUTION FABRIQUEE A DOMICILE A BASE DE SEL, SUCRE ET EAU ? [C] UN AUTRE LIQUIDE RECOMMANDE PAR LE GOUVERNEMENT (<i>à préciser</i>) _____ (Nom d u liquide)	O N NSP Liquide sachet "Keneyadji" 1 2 8 Une solution fabriquée à domicile 1 2 8 Autre liquide recommandé par le gouvernement 1 2 8	
CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ETE DONNE POUR TRAITER LA DIARRHEE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA7 8⇒CA7

<p>CA6. QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHEE ?</p> <p><i>Insistez : RIEN D'AUTRE ?</i></p> <p><i>Enregistrez tous les traitements donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom du médicament 1)</p> <p>_____</p> <p>(Nom du médicament 2)</p> <p>_____</p> <p>(Nom du médicament 3)</p> <p>_____</p> <p>(Nom du médicament 4)</p>	<p>Comprimé ou Sirop</p> <p>Antibiotique A</p> <p>Antimotilité B</p> <p>Zinc C</p> <p>Autre (pas antibiotique, antimotilité ou zinc) G</p> <p>Comprimé ou sirop inconnu H</p> <p>Injection</p> <p>Antibiotique L</p> <p>Non-antibiotique M</p> <p>Injection inconnue N</p> <p>Intraveineuse O</p> <p>Remède maison/ herbes médicinales Q</p> <p>Autre (précisez) X</p>	
<p>CA7. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (nom) A ETE MALADE AVEC DE LA TOUX ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA14</p> <p>8⇒CA14</p>
<p>CA8. QUAND (nom) ETAIT MALADE AVEC DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU EST-CE QU'IL/ELLE AVAIT DES DIFFICULTES POUR RESPIRER ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA14</p> <p>8⇒CA14</p>
<p>CA9. LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?</p>	<p>Problème de bronches 1</p> <p>Nez bouché ou qui coulait 2</p> <p>Les deux 3</p> <p>Autre (précisez) 6</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA14</p> <p>6⇒CA14</p>
<p>CA10. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>8⇒CA12</p>
<p>CA11. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</p> <p><i>Insistez : NULLE PART AILLEURS ?</i></p> <p><i>Encerclez tous les endroits mentionnés, Mais ne suggérez PAS de réponse.</i></p> <p><i>Insistez pour identifier chaque type d'endroit.</i></p> <p><i>Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital A</p> <p>Csref B</p> <p>Cscom C</p> <p>Disp/Maternité D</p> <p>Autre public (précisez) E</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique privé/Cabinet médical F</p> <p>Cabinet de Soins G</p> <p>Salle de Soins H</p> <p>Pharmacie I</p> <p>Autre privé médical (précisez) J</p> <p>Autres sources</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) K</p> <p>Boutique L</p> <p>Guérisseur/Praticien traditionnel M</p> <p>Vendeur Ambulant N</p> <p>Autres (précisez) X</p>	

CA12. EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA14 8⇒CA14
CA13. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) ? <i>Insistez :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? <i>Encerclez tous les médicaments donnés.</i> <i>Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i> <hr/> (<i>Nom des médicaments</i>)	Antibiotique Comprimé / Sirop A Injection B Antipaludéens M Paracétamol/Panadol/Acétaminophène P Aspirine Q Ibuprofen R Autre (<i>précisez</i>) X NSP Z	
CA14. Vérifiez AG2 : enfant de moins de 3 ans ? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuez avec CA15 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Allez au module suivant </div>		
CA15. LA DERNIERE FOIS QUE (<i>nom</i>) EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?	Enfant a utilisé toilettes / latrines 01 Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines 02 Jeté / Rincé dans égout ou rigole 03 Jeté aux ordures (déchets solides) 04 Enterré 05 Laisse à l'air libre 06 Autre (<i>précisez</i>) 96 NSP 98	

PALUDISME		ML
ML1. A N'IMPORTE QUEL MOMENT, AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A ETE MALADE AVEC DE LA FIEVRE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒Module suivant 8⇒Module Suivant
ML2. À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA MALADIE, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU DU SANG PRELEVE AU BOUT DE SON DOIGT OU AU TALON POUR EFFECTUER UN TEST ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
ML3. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT QUELQUE PART OU AUPRES DE QUELQU'UN POUR LA MALADIE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒ML7 8⇒ML7
ML3A. AUPRES DE QUI ?	Secteur public HôpitalA Csref.....B CskomC Disp/MaterniteD Autre public (<i>précisez</i>)E Secteur médical privé Clinique privé/Cabinet médicalF Cabinet de Soins.....G Salle de Soins.....H PharmacieI Autre privé médical (<i>précisez</i>)J Autres sources Parent (e)/ Ami (e)K BoutiqueL Guérisseur/Praticien traditionnelM Vendeur AmbulantN Autre (<i>précisez</i>)X	
ML4. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A ETE EMMENE DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE DURANT SA MALADIE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML5. EST-CE QUE L'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME DANS CET ETABLISSEMENT DE SANTE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒ML7 8⇒ML7
ML6. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) ? <i>Insistez :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? <i>Encerclez tous les médicaments cités. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments.</i> _____ (<i>Nom des médicaments</i>)	Antipaludéens: SP/Fansidar/MaloxineA ChloroquineB AmodiaquineC QuinineD Combinaison avec Artémisinine.....E DBC Antipaludéen spécifique au pays ...F Autre antipaludéen (<i>précisez</i>)H Antibiotiques Comprimés / SiropI InjectionJ Autres médicaments: Paracétamol/ Panadol /Acétaminophen..P AspirineQ IbuprofenR Autre (<i>précisez</i>)X NSPZ	

ML7. EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	1⇒ML9 2⇒ML10 8⇒ML10
ML8. EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AU COURS DE CETTE MALADIE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒ML10 8⇒ML10
ML9. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (nom) ? <i>Insistez :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? <i>Encerclez les codes pour tous les médicaments cités. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez les noms de tous les médicaments qui ne sont pas dans la liste.</i> <hr/> <i>(Nom des médicaments)</i>	Antipaludéens: SP/Fansidar/Maloxine A Chloroquine B Amodiaquine C Quinine D Combinaison avec Artémisinine..... E DBC Antipaludéen spécifique au pays.... F Autre antipaludéen (précisez) H Antibiotiques Comprimés / Sirop (Amoxicilline, Cotrimoxazole)..... I Injection (Ceftriazone) J Autres médicaments: Paracétamol/ Panadol/ Acetaminophen.. P Aspirine Q Ibuprofen R Autre (précisez)..... X NSP Z	
ML10. Vérifiez ML6 et ML9: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuez avec ML11 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Allez au module suivant </div>		
ML11. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE AIT COMMENCE, (nom) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (nom de l'antipaludéen déclaré à ML6 ou ML9)? <i>Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à ML6 ou ML9,</i> <i>Enregistrez combien de temps après le début de la fièvre le premier antipaludéen a été donné.</i>	Même jour 0 Jour suivant 1 2 jours après début de la fièvre..... 2 3 jours après début de la fièvre..... 3 4 jours ou plus après début de la fièvre 4 NSP 8	

VACCINATIONS		IM							
<i>Si un carnet de vaccination est disponible, recopiez les dates à IM3 pour chaque vaccination enregistrée sur le carnet. Les questions IM6-IM17 servent à enregistrer les vaccinations qui ne sont pas inscrites sur le carnet. Vous ne poserez IM6-IM17 que si un carnet n'est pas disponible</i>									
IM1. AVEZ-VOUS UN CARNET OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTREES? (Si Oui) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?		Oui, vu 1 Oui, non vu 2 Pas de carnet 3						1⇒IM3 2⇒IM6	
IM2. AVEZ-VOUS DEJA EU UN CARNET DE VACCINATION POUR (nom) ?		Oui 1 Non 2						1⇒IM6 2⇒IM6	
IM3. (a) Recopiez les dates de chaque vaccination à partir du carnet. (b) Inscrivez '44' dans la colonne jour si le carnet montre que le vaccin a été donné mais que la date n'a pas été enregistrée.		Date des vaccinations							
		Jour		Mois		Année			
BCG	BCG								
POLIO A LA NAISSANCE	VPO0								
POLIO 1	VPO 1								
POLIO 2	VPO 2								
POLIO 3	VPO 3								
DTC0q 1	DTC0q1								
DTC0q 2	DTC0q2								
DTC0q 3	DTC0q 3								
PENTAVALENT1	PENTA 1								
PENTAVALENT2	PENTA 2								
PENTAVALENT3	PENTA 3								
ROUGEOLE (OU ROR)	ROUG.								
FIEVRE JAUNE	FJ								
IM4. Vérifiez IM3. Est-ce que toutes les vaccinations (du BCG à la Fièvre Jaune) sont enregistrées? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuez avec IM18 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuez avec IM5									

IM5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CE CARNET, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM18 8⇒IM18
IM6. EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU DES VACCINS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM18 8⇒IM18
IM7. EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS LE BRAS OU L'ÉPAULE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
IM8. EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE DES MALADIES - C'EST-A-DIRE LA POLIO ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM11 8⇒IM11
IM9. EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE DU VACCIN CONTRE LA POLIO A ETE DONNEE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE OU PLUS TARD ?	Dans les 2 premières semaines 1 Plus tard 2	
IM10. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois ____	
IM11. EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU « LE VACCIN DTCoQ » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION AU BRAS – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE ? <i>Insistez en précisant que le vaccin du DTCoq est parfois donné en même temps que la polio</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM13 8⇒IM13
IM12. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LE DTCoQ A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois ____	
IM13. EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU LE VACCIN PENTAVALENT – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION AU BRAS – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER L'HÉPATITE B, LE TETANOS, LA COQUELUCHE, LA DIPHTERIE, LA PNEUMONIE A HAEMOPHILUS (PNEUMONIE). <i>Insistez en précisant que le vaccin pentavalent est parfois donné en même temps que les vaccins de la polio et du DTCoq</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM16 8⇒IM16
IM14. EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE PENTAVALENT A ETE DONNEE A LA 6 ^{ème} SEMAINE DE NAISSANCE OU PLUS TARD ?	A la 6 ^{ème} semaine de naissance 1 Plus tard 2	
IM15. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PENTAVALENT A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois ____	
IM16. EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
IM17. EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIEVRE JAUNE - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? <i>Insistez en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	

<p>IM18. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A RECU UNE DOSE DE VITAMINE A DOSE COMME CELA DANS LES 6 DERNIERS MOIS ?</p> <p><i>Montrez les types d'ampoules/ capsule / sirops les plus communs</i></p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>IM19. Enregistrez la date de la prise de Vitamine A la plus récente telle que vue sur le carnet de vaccination</p> <p><i>Ecrivez '44' pour jour si le carnet montre qu'une dose de Vit A a été donnée mais que la date n'a pas été enregistrée ; laissez le mois et l'année en blanc.</i></p>	<p>Jour </p> <p>Mois </p> <p>Année </p> <p>Pas de mention de Vitamine A portée sur le carnet 9994</p> <p>Pas de carnet /carnet pas vu 9995</p>	
<p>IM20. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (<i>nom</i>) A PARTICIPE A L'UNE DES CAMPAGNES OU JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU A L'UNE DES JOURNEES DE VITAMINE A SUIVANTES OU A L'UNE DES JOURNEES DE LA SANTE DE L'ENFANT SUIVANTES:</p> <p>[A] Polio 29 Mai au 1^{er} Juin 2009</p> <p>[B] Vitamine A 2009</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Campagne A..... 1 2 8</p> <p>Campagne B..... 1 2 8</p>	

<p>UF13. Enregistrez l'heure.</p>	<p>Heure et minutes .. : </p>	
-----------------------------------	--	--

<p>UF14. Est-ce que l'enquêté(e) est la mère ou la personne en charge d'un autre enfant âgé de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Indiquez à l'enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant plus tard. Allez au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la même personne</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Terminez l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et dites-lui que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant</p> <p><i>Vérifiez s'il y a une autre femme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui vous devrez administrer un questionnaire dans ce ménage.</i></p> <p><i>Commencez un nouveau questionnaire femme ou enfant de moins de 5 ans ou organisez-vous pour les mesures anthropométriques de tous les enfants éligibles de ce ménage.</i></p>

ANTHROPOMÉTRIE		AN
<p>Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant. Enregistrez 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. Vérifiez 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. NOM ET CODE DU TECHNICIEN :	Nom _____ ____ ____	
AN2. Résultat des mesures de la taille en position debout/allongée et du poids	Une ou les deux mesures 1 Enfant non présent 2 2 ⇒ AN6 Enfant ou gardienne a refusé 3 3 ⇒ AN6 Autre (précisez) _____ 6 6 ⇒ AN6	
AN3. Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg) ____ ____ . ____ Poids non mesuré 99.9	
AN4. Taille de l'enfant en position debout ou allongée Vérifiez l'âge de l'enfant à AG2 : <input type="checkbox"/> Enfant de moins de 2 ans. ⇒ Mesurez la taille (position allongée). <input type="checkbox"/> Enfant de 2 ans ou plus. ⇒ Mesurez la taille (position debout).	Taille (cm) Position allongée ... 1 ____ ____ . ____ Taille (cm) Position debout 2 ____ ____ . ____ Taille allongée/debout non mesurée 999.9	
AN5. Œdème Observez et enregistrez	Vérifié : Œdème présent 1 Œdème non présent 2 Pas sûr 3 Non vérifié (précisez la raison) _____ 7	

<p>AN6. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Enregistrez les mesures pour l'enfant suivant.</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ MODULE SUIVANT.</p> <p>Rassemblez tous vos questionnaires pour ce ménage et vérifiez que tous les numéros d'identification sont insérés à chaque page. Notez dans le panneau d'information sur le ménage le nombre d'interviews complétées.</p>
--

TEST D'ANÉMIE POUR L'ENFANT		AC
AC1. VÉRIFIER COLONNE HL9 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA MÈRE OU PERSONNE QUI PREND SOIN DE L'ENFANT, AINSI QUE LE NOM DE L'ENFANT À AC2 . LE RÉSULTAT FINAL DU TEST D'ANÉMIE SERA ENREGISTRÉ À AC6 .		
AC2. NUMÉRO DE LIGNE À LA COLONNE HL9 DE LA MÈRE OU PERSONNE QUI PREND SOIN DE L'ENFANT:	NUMÉRO DE LIGNE : ___ ___	
NOM DE L'ENFANT À LA COLONNE HL2 :	NOM DE L'ENFANT : _____	
AC3. DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU TEST D'ANÉMIE POUR L'ENFANT DE MOINS DE CINQ ANS		
LIRE LE CONSENTEMENT A LA MÈRE/ PERSONNE RESPONSABLE DONT LE NUMÉRO DE LIGNE EST IDENTIFIÉ À AC2 POUR L'ENFANT. ENCERCLER LE CODE '1' À AC3 SI LA MÈRE/ PERSONNE RESPONSABLE ACCEPTE LE TEST D'ANÉMIE ET CODE '2' SI ELLE REFUSE ET SIGNER.		
<p>DANS LE CADRE DE CETTE ENQUETE, NOUS FAISONS UNE ETUDE SUR L'ANEMIE PARMI LES FEMMES ET LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS. COMME VOUS LE SAVEZ PEUT ETRE L'ANEMIE EST UN PROBLEME DE SANTE SERIEUX QUI RESULTE D'UNE ALIMENTATION PAUVRE, D'INFECTIONS OU DE MALADIE CHRONIQUE. LES RESULTATS DE CETTE ENQUETE PERMETTRONT D'AIDER LE GOUVERNEMENT A METTRE EN PLACE DES PROGRAMMES POUR PREVENIR ET TRAITER L'ANEMIE.</p> <p>POUR CE TEST, NOUS INVITONS LES PERSONNES INTERROGEES A DONNER QUELQUES GOUTTES DE SANG PRELEVEES AU BOUT D'UN DOIGT.</p> <p>POUR CE TEST, ON UTILISE AUSSI UN EQUIPEMENT PROPRE ET ABSOLUMENT SANS RISQUE. IL N'A JAMAIS ETE UTILISE AUPARAVANT ET SERA JETE APRES CHAQUE TEST.</p> <p>LE SANG SERA TESTE POUR L'ANEMIE IMMEDIATEMENT ET LES RESULTATS VOUS SERONT COMMUNIQUEES TOUT DE SUITE. LES RESULTATS SONT CONFIDENTIELS.</p> <p>SI VOUS ETES ANEMIEE, VOUS RECEVREZ UN TRAITEMENT APPROPRIE.</p> <p>AVEZ-VOUS DES QUESTIONS ? VOUS POUVEZ DIRE OUI POUR LE TEST, OU NON. C'EST VOTRE DECISION.</p> <p>AUTORISEZ-VOUS (NOM DE L'ENFANT) A PARTICIPER AU TEST D'ANEMIE ?</p>		
LIRE LE CONSENTEMENT POUR L' <u>ANEMIE</u> .	ACCORDÉ.....1 REFUSÉ.....2 _____ (SIGNER)	
ENCERCLER UN CODE ET SIGNER.		
AC4. PRÉPARER LE MATÉRIEL ET EFFECTUER LE TEST POUR L'ENFANT SI LE CONSENTEMENT EST OBTENU ET CONTINUER À AC5 .		
AC5. ENREGISTRER LE CODE RESULTAT DU TEST DE L' <u>ANEMIE</u> .	TESTÉ.....1 PAS PRÉSENT2 REFUSÉ.....3 AUTRE6	2 ⇒ FIN QUESTIONNAIRE 3 ⇒ FIN QUESTIONNAIRE 6 ⇒ FIN QUESTIONNAIRE
AC6. ENREGISTRER LE NIVEAU D'HEMOGLOBINE.	G/DL ___ ___ , ___	

OBSERVATIONS :

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain

Observations du chef d'équipe

Observations du superviseur