

REPUBLIQUE DU NIGER
MINISTERE DES FINANCES ET DU PLAN
SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION DE LA STATISTIQUE
ET DES COMPTES NATIONAUX

Département de Développement
Economique et Social des
Nations Unies

Programme des Nations Unies
Pour le Développement
Projet PADEM NER/89/011

ENQUETE PERMANENTE DE CONJONCTURE
ECONOMIQUE ET SOCIALE
- 1995 -

QUESTIONNAIRE MENAGE

Département :.....
Arrondissement :.....
Canton/Commune :.....
Village/Quartier :.....

ARR

U.P.

MEN.

Nom et Prénom du Chef de ménage :.....

Ménage de remplacement 1=OUI 0 =NON _____

Nom et Prénom d l'Enquêteur :.....

Nom et Prénom du Contrôleur :.....

Date de l'Enquête : _____

Date de Contrôle : _____

PARTIE 1 : COMPOSITION DU MENAGE

N° Ordre	Nom et Prénom	N° d'ordre EPCES 94	Lien de parenté avec le chef de ménage	Situation de résidence	Sexe	Age en années révolues	Lieu de Naissance Quel est votre arrondissement de naissance? (Si Etranger inscrivez le Pays)	Etat mariage 1=CElibataire 2=Marie(e) MONOgame 3=Marie(e) POLYgame 4=VEUff(ve) 5=DIVorcé(e) 9=AUTres	Niveau d'instruction	Si Age de moins de 26 ans et Niveau d'instruction est primaire ou secondaire		
										Avez-vous fréquenté l'école pendant l'année scolaire (93-94)?	Fréquentation (94-95)	
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁	C ₁₂	C ₁₃
0 1		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
0 2		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
0 3		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
0 4		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
0 5		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
0 6		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
0 7		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
0 8		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
0 9		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
1 0		___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___

PARTIE 1 : COMPOSITION DU MÉNAGE (suite)

N° Ordre	Nom et Prénom	N° d'ordre EPCES 94	Lien de parenté avec le chef de ménage 1=CM 2=EPouse 3=Fi(s)(lle) 4=PARent 5=PEtit(te) Fils(lie) 6=AUTres parents 7=SANs lien	Situation de résidence 1=PRésent 2=ABsent 3=VIsiteur	Sexe 1=Masc 2=Fémi	Age en années révolues	Lieu de Naissance Quel est votre arrond de naissance? (Si Etranger inscrire le Pays)	Etat matrimonial 1=CELibataire 2=Marité(e) MONOgame 3=Marité(e) POLYgame 4=VEUf(ve) 5=DIVorcé(e) 9=AUTres	Niveau instruction 0=AUCun 1=PRIm 2=SEC.I 3=SEC.II 4=SUP. 5=CORa. 6=ALPHa.	Si Agé de moins de 26 ans et Niveau d'instruction est primaire ou secondaire		
										Avez-vous fréquenté l'école pendant l'année scolaire (93-94)? Si oui inscrire la classe. Si non inscrire Non = 00	Fréquentation (94-95)	
											Si Fréquen tation inscri re la classe	Si Non Pourquoi? 1= Fin ETudes 2= EMPloi 3= Frais SCOLarité ELévéé 4= EXCLUSION 5= AVEc INCertain 6= AUTres RAisons
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁	C ₁₂	C ₁₃
1 1		_____	..._	___	...____	...__
1 2		_____	..._	___	...____	...__
1 3		_____	..._	___	...____	...__
1 4		_____	..._	___	...____	...__
1 5		_____	..._	___	...____	...__
1 6		_____	..._	___	...____	...__
1 7		_____	..._	___	...____	...__
1 8		_____	..._	___	...____	...__
1 9		_____	..._	___	...____	...__
2 0		_____	..._	___	...____	...__

PARTIE 2 : CARACTERISTIQUES DE L'HABITAT

Demander les conditions actuelles d'habitat du ménage et celles d'il y a 12 mois si c'est un ménage de remplacement.

Condition	Code	Quel est votre statut d'occupation du logement ? 1=PROPRIÉTAIRE 2=LOCATAIRE 3=LOGE gratuitement 4=Logement de FONCTION 5=AUTRES	Combien de pièces sont occupées par le ménage ?	Quels sont les matériaux de construction des murs de votre logement principal ? 1=DUR 2=SEMI-dur 3=BANCO 4=PAILLE 5=TENTE 6=Autres	Quels sont les matériaux de construction du toit de votre logement principal ? 1=BETON 2=TOLÉ 3=BANCO 4=PAILLE 5=TENTE 6=AUTRES	Quel est le type de lieu d'aisance utilisé par la plupart des membres de ménage ? 1=W.C. moderne 2=LATRINE (W.C. traditionnel) 3=Brousse 4=AUTRES	Quelle est votre principale source d'approvisionnement en eau à boire ? 1=ROBINET dans la concession 2=FONTAINE publique, forage 3=PUITS cimenté 4=PUITS traditionnel 5=FLÈVE, Rivière, lac 9=AUTRES sources	Quelle est votre principale source d'éclairage ? 1=électricité compteur INDIVIDUEL 2=électricité compteur en COMMUN 3=PETROLE 4=BOUGIE 5=BOIS 6=GROUPES électrogènes 7=AUTRES sources	Quelle est votre principale source d'énergie pour la cuisson ? 1=GAZ 2=PETROLE 3=BOIS de chauffe 4=ELECTRICITÉ 5=Bouche de vache-tige de mil 6=AUTRES	Les habitations principales sont-elles clôturées ? 1=OUI 0=NON	
	C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁
Situation actuelle	<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"/>
Situation Il y a 12 mois	<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"/>

PARTIE 3 : PATRIMOINE DU MÉNAGE

Patrimoine	Code	Quel est le nombre actuel de ce bien que possède le ménage ?	Si ménage remplacé, quel est ce nombre il y a 12 mois ?			Quel est le nombre actuel de ce bien que possède le ménage ?	Si ménage de remplacement, quel est ce nombre il y a 12 mois ?
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₁	C ₂	C ₃	C ₄
Champs	0 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lampe à pétrole	1 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maison	0 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lit	1 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parcelle	0 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bibliothèque	1 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Télé couleur	0 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fauteuil, divan, canapé	1 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Télé noir sur blanc	0 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buffet	1 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vidéo	0 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voiture, camionnette	1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio, radio cassette	0 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motoscyette	2 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congélateur, réfrigérateur	0 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vélo	2 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Climatiseur	0 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pirogue Charrette	2 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventilateur	1 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cuisinière	1 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Foyer amélioré	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Réchaud à pétrole ou à gaz	1 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

PARTIE 4 : FECONDITE - MORTALITE

4.1. : NAISSANCE ET DECES DES ENFANTS DE MOINS D'UN AN AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS.

Au cours des 12 derniers mois y a-t-il eu des naissances dans votre ménage? 1=OUI 0=NON

Si oui remplir le Tableau.

N° d'Ordre	Type de Naissance: 1= NAISSance Vivante 2= MORT Né	Survie des naissances vivantes 1=OUI 0=NON	N° d'Ordre (composition ménage) si l'enfant est toujours vivant	SEXE 1=Masculin 2=Féminin	N° d'Ordre de la Mère Nom et Prénom de la mère *Composition du ménage*	Lieu de l'accouchement 1=Centre Médical 2=Domicile Avec Matrône 3=Domicile Sans Matrône 4=AUTRES	OBSERVATIONS
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈
01 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
02 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
03 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

4.2. : DECES DES UN AN ET PLUS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Au cours des 12 derniers mois y'a-t-il eu de décès dans votre ménage ? 1=Oui 0=Non

Si oui remplir le tableau

Nom et Prénoms	N° d'Ordre dans EPCES 94	SEXE 1=Masculin 2=Féminin	Age en années révolues	ETAT MATRIMONIAL 1=Célibataire 2=Marié Mono 3= Marié Poly 4= Veuf(ve) 5= Autres	CAUSE DE DECES 1= Paludisme 2= Rougeole 3= Méningite 4= Accident 5= Autres à préciser	LIEU DE DECES 1= Centre de santé 2= Domicile 3= Autre	OBSERVATIONS
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
	<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"/> <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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

PARTIE 6 : EMPLOI

6.1. ACTIF OCCUPE : remplir ce tableau pour toute personne ayant répondu OUI en C₃ de la Partie 5 "SITUATION D'ACTIVITE"

N° Ordre	Nom et Prénom	Quelle est votre activité au cours des 7 derniers jours ?	Quel est votre statut dans cette occupation ? 1= PAÏEM 2= INDÉPENDANT et libérai 3= SALARIÉ public 4= SALARIÉ privé 5= AÏDE familial 6= APPRENTI 9= AUTRE	le secteur d'activité
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅
_____	 _____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____

6.2. ACTIF OCCUPÉ (suite) : Activité secondaire

N° Ordre	Nom et Prénom	Si OUI en C ₁				
		Exercez-vous une activité secondaire ? 1=OUI 0=NON	Quelle est cette activité secondaire ?	Quel est votre statut dans cette occupation secondaire ? 1= PATron 2= INDépendant et tâcheron 3= CONTractuel PUblic 4= CONTractuel PRivé 5= AIDe familial 6= APPrenti 9= AUTres	Durant l'année combien de mois avez-vous exercé cette activité secondaire ?	Le secteur de l'activité secondaire
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇
<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"/>	<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"/> <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"/>
<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"/>

6.3. ACTIF EN CHOMAGE : remplir ce tableau pour toute personne ayant répondu OUI en C₁ et OUI en C₅ de la partie 5 "SITUATION D'ACTIVITE" autres que les agriculteurs.

N° Ordre	Nom et Prénoms	Quelle était l'activité perdue?	Quel était votre statut dans cette occupation ? 1= PATRON 2= INDÉPENDANT 3= SALARIÉ 4= SALARIÉ PRIN 5= AIDE familial 6= APPRENTI 9= AUTRES	Avez-vous une formation 1=OUI 0=NON	Si oui en C ₄ laquelle	Depuis combien de mois êtes-vous en chômage ?	Quelle était la cause de votre chômage ? 1= Fin de contrat 2= Fin de contrat 3= Licenciement 4= Démission 5= Maladie de santé 6= AUTRES	Quel moyen utilisez- vous pour la recherche d'un emploi? 1= INSCRIPTION à la main d'oeuvre 2= RECHERCHE personnelle 3= AUTRES	Pensez-vous que votre situation va s'améliorer ? 1= OUI 2= NON 3= Sans avis
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀
_____	 _____ _____	_____ _____	_____ _____ _____ _____
_____	 _____ _____	_____ _____	_____ _____ _____ _____
_____	 _____ _____	_____ _____	_____ _____ _____ _____

6.4. ACTIF EN QUÊTE DE PREMIER EMPLOI : remplir ce tableau pour toute personne ayant répondu OUI en C₁ et NON en C₅ de la partie 5 "SITUATION D'ACTIVITÉ"

N° Ordre	Nom et Prénoms	Avez-vous reçu une formation ou une qualification? 1=OUI 0=NON	Si oui en C ₄ laquelle	Quelle activité soudesiriez-vous exercer ?	Depuis combien de mois vous êtes à la recherche de cet emploi ?	Quel moyen utilisez- vous pour la recherche d'un emploi? 1= INSCRIPTION à la main d'oeuvre 2= RECHERCHE personnelle 3= AUTRES	Pensez-vous que votre situation va s'améliorer ? 1= OUI 2= NON 3= Sans avis
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈
_____	 _____ _____ _____	_____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____	_____ _____ _____
_____	 _____ _____ _____	_____ _____ _____

PARTIE 7 : SOINS MEDICAUX ET DEPENSES SANITAIRES : Au cours des 2 dernières semaines un des membres de votre ménage a-t-il souffert d'une maladie ou d'un accouchement ? 1 = OUI 0 = NON. . Si OUI remplir le tableau.

N°	De quoi a-t-il/elle souffert ?	«Nom» a-t-il/elle consulté un praticien ou un centre de santé ?	Si l'enquêté a consulté un tradipraticien ou un centre de santé			
			Quelles sont les dépenses afférentes effectuées au cours des 2 dernières semaines en FCFA ?			
Ordre	1=MALADIE 2=BLESSURE 3=ACCOCHEMENT	0=NON 1=DISPENSARE 2=HOPITAL 3=MATERNITE 4=CABINET medical privé 5=PHARMACIE 6=INFIRMIERIE 7=TRADIPRATICIEN 8=SECOURISTES/MATRONE 9=AUTRES	Consultation médicale (Honoraires)	Médicaments	Radio, Analyse et autres	Transport
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇
<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"/> <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"/>	<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"/>	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE 8 : ACCES AUX SERVICES

Service	Quelle est la distance à parcourir pour se rendre au service le plus proche ? 1=Moins 1 km 2=De 1 à 2 km 3=De 2 à 5 km 4=De 5 à 10 km 5=de 10 à 30 km 6=Plus de 30 km	Est-ce que des membres de votre ménage utilisent ce service ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₂ quel moyen utilisez-vous habituellement pour vous rendre à ce service ? 1= A PIEDS 2= VELO/bicyclette 3= VELOMoteur 4= AUTOMobile 5= MONTure animale 6= CHARette 7= PIROgue 8= AUTres	Si Non en C ₂ pourquoi ? 1= Trop CHER 2= MANque de moyens financiers 3= Trop LOIN 4= MAUVaise qualité de service 5= PAS besoin 6= AUTres
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅
Marché <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lieu d'approvisionnement en bois de chauffe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Point d'eau moderne <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Point d'eau traditionnel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ecole Primaire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Centre de Santé <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Arrêt du bus/taxi/taxi brousse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PARTIE 9 : DEPENSES DU MENAGE

9.1. DEPENSES MENSUELLES DE PRINCIPAUX PRODUITS CEREALIERS ET DU NIEBE

Produit	Code du produit	Le ménage a-t-il acheté de ce produit au cours des 30 derniers jours pour sa propre consommation ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₂		Par rapport à vos dépenses il y a 12 mois, ce montant est-il : 1=PLUS important 2=SENSiblement le même 3=MOINS important	Observations
			Quel est le montant total mensuel des dépenses ? en FCFA	Quelle est la durée prévisionnelle de consommation de ce produit en nombre de Jours?		
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇
Riz	0 1 <input type="checkbox"/>	_____	_____ <input type="checkbox"/>	
Mi	0 2 <input type="checkbox"/>	_____	_____ <input type="checkbox"/>	
Sorgho	0 3 <input type="checkbox"/>	_____	_____ <input type="checkbox"/>	
Maïs	0 4 <input type="checkbox"/>	_____	_____ <input type="checkbox"/>	
Niébé	0 5 <input type="checkbox"/>	_____	_____ <input type="checkbox"/>	

9.2. DEPENSES HEBDOMADAIRES DES PRINCIPAUX PRODUITS D'ACHAT COURANT

Produit	Code du produit	Le ménage a-t-il acheté de ce produit au cours des 7 derniers jours pour sa propre consommation? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₃		Par rapport à vos dépenses il y a 12 mois, ce montant est-il : 1= PLUS important 2= SENSiblement le même 3= MOINS important	Observations
			Montant total des achats de la semaine en FCFA	Durée prévisionnelle en nombre de jours.		
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇
Condiments (soubala, piment, arôme, sel, tomate concentrée...)	0 6	..... |	|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|	..... |
Huiles	0 7	..... |	|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|	..... |
Viandes et volailles	0 8	..... |	|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|	..... |
Plats cuisinés consommés à l'extérieur	0 9	..... |	|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|	..... |
Eau de garoua	1 0	..... |	|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|	..... |
Produits d'hygiène (savon, Omo, détergent, Eau de javel...)	1 1	..... |	|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|	..... |
Bois de chauffe	1 2	..... |	|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|	..... |
Pétrole	1 3	..... |	|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|	..... |

9.3. DEPENSES BIMENSUELLES DE SANTE ET DE TRANSPORT EFFECTUEES PAR LE CHEF DE MENAGE

Produit	Code du produit	Le Chef de ménage a-t-il effectué ces dépenses au cours des 14 derniers jours ? 1=OUI 0=NON	Montant total des dépenses des 2 dernières semaines en FCFA	Par rapport à vos dépenses il y a 12 mois, ce montant est-il : 1= PLUS important 2= SENSiblement le même 3= MOINs important	Observations
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆
Dépenses de santé (médicaments, honoraires, radio, analyses...)	2 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Dépenses de transport en commun dans le département de résidence (taxi, bus, taxi brousse...)	3 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Dépenses de transport privé (carburant, entretien vélo, moto, véhicule, monture animale...)	3 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

9.4. DEPENSES MENSUELLES REGULIERES DE LOGEMENT

Produit	Code du produit	Le ménage a-t-il utilisé un service au cours des 30 derniers jours ? 1=OUI 0=NON	Le ménage a-t-il effectué ces dépenses au cours des 30 derniers jours ? 1=OUI 0=NON	Si OUI en C ₃ Montant total mensuel des dépenses en FCFA	Par rapport à vos dépenses il y a 12 mois, ce montant est-il : 1= PLUS important 2= SENSiblement le même 3= MOINs important	Si OUI en C ₃ et NON en C ₄ , Combien devriez-vous payer ?	Observations
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈
Loyer	5 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eau courante (SNE)	5 2 <input type="checkbox"/>	... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Electricité (Nigelec)	5 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Téléphone (OPT)	5 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9.5. : DEPENSES ANNUELLES EXCEPTIONNELLES

Demander au chef de ménage les dépenses suivantes effectuées pour "fête, cérémonie ou scolarité"

Ne rien inscrire dans les cases grisées

Dépenses	Code	Tahashi	Ramadan	Mariage et/ou Baptême	Autres Cérémonies	Scolarité (rentrée scolaire)
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇
Aliments	0 1	_____	_____	_____	_____	
Vêtements, chaussures et bijoux	0 2	_____	_____	_____	_____	_____
Location de chaises	0 3	_____	_____	_____	_____	
Location de moyens de transport	0 4	_____	_____	_____	_____	
Colas - Dattes ...	0 5	_____	_____	_____	_____	
Frais d'inscription	0 6					_____
Fourniture scolaire	0 7					_____
Mouton-chèvre	0 8	_____	_____	_____	_____	
Viande ou volaille	0 9	_____	_____	_____	_____	
Autres dépenses	1 0	_____	_____	_____	_____	_____
Par rapport à vos dépenses il y a 12 mois, ce montant est-il : 1= En HAUsse 2= Même NIVeau 3= En BAIsse	 _ _ _ _ _

PARTIE 10 : REVENUS SALARIAUX, PENSIONS ET ALLOCATIONS FAMILIALES DES MEMBRES DU MENAGE

10.1. REVENUS SALARIAUX

Y-a-t-il des membres du ménage qui perçoivent des salaires mensuels ? 1= Oui 0=Non ()

Si Oui remplir le tableau suivant :

N° d'ordre	Numéro d'ordre de la personne salariée (Partie I composition du ménage)	Montant net du dernier salaire mensuel reçu en FCFA	Avez-vous reçu des primes ou heures supplémentaires au cours du dernier mois ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₂ quel montant avez-vous reçu en FCFA ?	Avez-vous reçu des avantages ou rémunérations en nature liés à votre activité ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₃ indiquer l'avantage: 1=Logement de fonction 2=Véhicule de fonction 3=Logement + véhicule 4=Nourriture 5=Autres avantages	Par rapport à son salaire il y a 12 mois, votre salaire tous indemnités et avantages compris est-il : 1=en hausse 2=au même niveau 3=en baisse 0=NON
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈
0	1						
0	2						
0	3						
0	4						
0	5						
0	6						

10.2. PENSIONS, ALLOCATIONS FAMILIALES, PECULES, BOURSES ET ALLOCATIONS SCOLAIRES

Y-a-t-il des membres du ménage qui perçoivent des pensions, allocations familiales, pécules, bourses ou allocations scolaires ?

1=Oui 0=NON

Si Oui remplir le tableau suivant :

N° d'ordre	Numéro d'ordre de la personne bénéficiaire (dans la Partie I composition du ménage)	Quelle est l'origine de la source du revenu ? 1=Retraite civile 2=Retraite Militaire 3=Allocation Familiale 4=Pécule 5=Bourse 6=Allocation scolaire 7=Accident de travail 8=Autres	Quel est le montant net de la dernière perception en FCFA	Quelle est la période correspondante à cette dernière perception en nombre de mois ?	Quelle est la périodicité de la perception? (en nombre de mois)	Par rapport à son niveau il y a 12 mois, le montant perçu est-il : 1=en hausse 2=au même niveau 3=en baisse 0=NON concerné
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇
0 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PARTIE 11 : ENTREPRISES NON AGRICOLES GERÉES PAR LES MEMBRES DU MÉNAGE

Y-a-t-il des membres du ménage qui ont possédé un atelier, une entreprise, une activité commerciale ou industrielle au cours des 12 derniers mois ?

1 = Oui 0 = Non Si Oui remplir le tableau suivant :

N° d'ordre de l'entreprise	Activité de l'entreprise	Numéro d'ordre de la personne responsable de la gestion de l'entreprise	Depuis combien d'années cette entreprise fonctionne-t-elle ou a-t-elle fonctionné ?	Présent au cours de ces 12 derniers mois ?	Existe encore en 1996 ?	Si Oui en C ₆ combien d'employés travaillent actuellement dans cette entreprise ?	Combien d'employés travaillaient dans cette entreprise il y a 12 mois ?
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈
0 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N° d'ordre de l'entreprise	Quel est le nombre de salariés payés par l'entreprise actuellement ?	Quel était ce nombre il y a 12 mois ?	L'entreprise utilise-t-elle un équipement spécial (machines, outils...) 1=OUI 0=NON	Si Oui C ₁₁ l'entreprise a-t-elle acquis un nouvel équipement au cours des 12 derniers mois ? 1=OUI 0=NON	Par rapport à l'année précédente l'équipement de l'entreprise est-il : 1=en hausse 2=au même niveau 3=en baisse 0=Non concerné	Quel est le chiffre d'affaires de votre entreprise en FCFA ?	Période correspondante 1=Jour 2=Semaine 3=Mois 4=Année	Par rapport à son niveau il y a 12 mois, votre chiffre d'affaires est-il : 1=en hausse 2=au même niveau 3=en baisse 0=Non concerné
C ₁	C ₂	C ₁₀	C ₁₁	C ₁₂	C ₁₃	C ₁₄	C ₁₅	C ₁₆
0 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PARTIE 12 : ACTIVITE AGRICOLE DES MEMBRES DU MENAGE

12.1. ELEVAGE DU BETAIL ET/OU DE LA VOLAILLE

Y-a-t-il des membres du ménage qui ont possédé du bétail et/ou de la volaille au cours des 12 derniers mois ? 1 = Oui 0=Non
 Si Oui remplir le tableau suivant :

Espèces	Code	Combien de têtes votre ménage possède t-il actuellement ?	Comment a évolué ce nombre par rapport à il y a 12 mois ? 1= AUGmenté 2= INChangé 3= DIMinué	Avez-vous vendu de cette espèce au cours des 12 derniers mois ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₄ Combien de têtes avez-vous vendu au cours des 12 derniers mois ?	Si Oui en C ₅ quel a été le montant total des ventes par espèce ?
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇
Bovin	0 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovin	0 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caprin	0 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camelin	0 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asin	0 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equin	0 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lapin	0 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poule	1 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pintade	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pigeon	1 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canard	1 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres volailles	1 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.2. PRODUCTION AGRICOLE DU MENAGE

Y-a-t-il des membres du ménage qui ont exploité des champs au cours des 12 derniers mois ? 1 = Oui 0=Non

Si Oui remplir le tableau suivant :

Cultures	Code	Le ménage a-t-il produit de cette culture au cours des 12 derniers mois ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₄ quelle a été la production du ménage en nombre d'unités de mesure ?	Unité de mesure utilisée 1=Botte 2=Tia 3=Sac	Poids moyen par unité de mesure (Kg)	Avez-vous vendu de cette production au cours des 12 derniers mois ? 1= OUI 0=NON	Si Oui en C ₇			Par rapport à l'avant dernière campagne cette production est-elle : 1=en hausse 2=au même niveau 3=en baisse 0=NON concerné
							Quel a été le montant total des ventes par culture ?	Quelle est la quantité vendue en nbre d'unité de mesure ?	Unité de mesure utilisée 1= Botte 2= Tia 3= Sac	
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁
Riz	0 1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Mil	0 2	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Sorgho	0 3	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Maïs	0 4	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Niébé	0 5	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Arachide	0 6	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Coton	0 7	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Oignon	0 8	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Canne à sucre	0 9	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Poivron	1 0	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Vouandz ou	1 1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Souchet	1 2	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

12.3 FACTEURS DE PRODUCTION AGRICOLE

Cultures	Code	Le ménage a-t-il utilisé de la main d'œuvre salariée au cours de la dernière campagne agricole ? 1=OUI 0=NON	Si Oui en C ₃ quel est le montant total payé par le ménage au cours de cette dernière campagne ?	Par rapport à l'avant dernière campagne ce montant payé est-il : 1=en hausse 2=au même niveau 3=en baisse 0=NON concerné	Le ménage a-t-il utilisé des engrais chimiques pour cette culture ? 1=OUI 0=NON	Si Non en C ₆ pourquoi ? 1= Trop cher 2= Non disponible 3= Pas nécessaire 4= Ne sait pas les utiliser 5= MANque de moyens 6= AUTres	Avez-vous obtenu un crédit pour cette culture au cours des 12 derniers mois ? 1=OUI 0= NON	Si Oui en C ₈ où l'avez-vous obtenu ? 1= Banque 2= Coopérative 3= Particulier 4= Autres	Par rapport à l'avant dernière campagne la superficie cultivée est-elle 1= en hausse 2= au même niveau 3= en baisse 0= NON concerné	Si la superficie cultivée est en baisse quelle en est la cause principale ? 1= Manque de pluviométrie 2= Manque de main d'oeuvre familiale 3= Désertification 4= Autres
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁
Riz	0 1 <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"/>
Mil	0 2 <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"/>
Sorgho	0 3 <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"/>
Mais	0 4 <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"/>
Nièbé	0 5 <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"/>
Arachide	0 6 <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"/>
Coton	0 7 <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"/>
Oignon	0 8 <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"/>
Canne à sucre	0 9 <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"/>
Poivron	1 0 <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"/>
Vouandzou	1 1 <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"/>
Souchet	1 2 <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"/>

N° Ordre	Nom et Prénom de l'enfant	Age de l'enfant en mois	Nom a-t-il un carnet de vaccination 1=OUI 0=NON	L'enfant est-il vacciné contre :										
				BCG	Dicoq 1	Dicoq 2	Dicoq 3	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Fèvre jaune	VAM (Méningite)	
				1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 2=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	1=OUI 0=NON	
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁	C ₁₂	C ₁₃	C ₁₄	
<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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

N° Ordre	Nom et Prénom de l'enfant	Poids en hectogrammes	Taille en cm	Périmètre brachial en cm	L'enfant a- t-il eu une diarrhée au cours des dernières 24 heures ? 1=OUI 0=NON	Maladies survenues au cours des deux dernières semaines			
						Diarrhée 1=OUI 0=NON	Un rhume, une toux 1=OUI 0=NON	Etat fébrile 1=OUI 0=NON	Autres maladies 1=OUI 0=NON
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

PARTIE 15 : ALIMENTATION DES ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS

N°	Nom et Prénom	L'enfant est-il encore allaité au sein maternel ?	L'enfant est-il allaité au biberon ?	Si Oui en C ₁ quel est le type de lait utilisé ?	Quel est le type d'aliment de l'enfant ?	Si l'enfant est sevré (Non en C ₂)		
						Quel est son âge au moment du sevrage en nombre de mois ?	L'enfant est-il allaité au biberon juste après le sevrage ?	Si Oui en C ₂ quel est le type de lait utilisé ?
1= Lait en Poudre (de pharmacie) 2= Lait de bétail 3= AUTre lait	1= Préparation SPÉciale 2= Alimentation avec le MENage 3= Alimentation MIXte 4= Lait uniquement	1= OUI 0= NON	1= OUI 0= NON	1= OUI 0= NON	1= OUI 0= NON	1= OUI 0= NON	1= Lait en Poudre (de pharmacie) 2= AUTre Lait	
Ordre	de l'enfant							
C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉
<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"/>
<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"/>
<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"/>
<input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>