



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
UF10	<p>MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA SANTE DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DONT VOUS AVEZ LA CHARGE, ET QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS.</p> <p>MAINTENANT, JE VEUX VOUS POSER DES QUESTIONS SUR (nom). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insistez :</i></p> <p>QUEL EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p><i>Si la mère/gardien(ne) connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; autrement, encrer 98 pour jour.</i></p>	<p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>JOUR                   !__!__!</p> <p>NSP JOUR               98</p> <p>MOIS                   !__!__!</p> <p>NSP MOIS              98</p> <p>ANNEE               !__!__!__!__!</p> <p>NSP Année .....9998</p>	
UF11	<p>QUEL AGE AVAIT (NOM) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</p> <p>Inscrire l'âge en années révolues.</p>	<p>Âge (en années révolues) .....!__!__!</p>	

## MODULE 1: ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET EDUCATION DE LA PETITE ENFANCE (BR)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
BR1	<p>(Nom) A-T-IL UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE?</p> <p>SI OUI, PUIS-JE LE VOIR ?</p>	<p>Oui, vu ..... 1</p> <p>Oui, pas vu ..... 2</p> <p>Non ..... 3</p> <p>NSP ..... 8</p>	1⇒BR5
BR2	<p>LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE A L'ETAT CIVIL?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	1⇒BR5 8⇒BR4
BR3	<p>POURQUOI LA NAISSANCE DE (nom) N'EST-ELLE PAS ENREGISTREE/DECLAREE ?</p>	<p>Ça coûte très cher ..... 1</p> <p>C'est trop loin ..... 2</p> <p>Ne savait pas qu'elle devrait être enregistrée.... 3</p> <p>En retard, ne voulait pas payer d'amende .. 4</p> <p>Ne sait pas où l'enregistrer ..... 5</p> <p>Autre (à préciser) ..... 6</p> <p>NSP ..... 8</p>	
BR4	<p>SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	
BR5	<p>Vérifier l'âge de l'enfant à la question UF11: Enfant âgé de 3 ou 4 ans</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec BR6</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Passer à BR8</p>		
BR6	<p>(Nom) FREQUENTE T-IL/ELLE UN PROGRAMME D'ENCADREMENT EN DEHORS DE LA MAISON OU D'EDUCATION PRESCOLAIRE TEL QU'UN CENTRE PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANT OU UN CENTRE COMMUNAUTAIRE ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	2⇒BR8 8⇒BR8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
BR7	AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES ( <i>nom</i> ) A-T-IL/ELLE FREQUENTE CET ENDROIT?	Nombre d'heures ..... !__ ! __ !	
BR8	<p>PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PARTICIPE OU Y A-T-IL UN MEMBRE DU MENAGE AGE DE DE 15 ANS OU PLUS QUI A PARTICIPE AVEC (<i>nom</i>) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>Si Oui,demander : QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC L'ENFANT - LA MERE, LE PERE DE L'ENFANT OU UN AUTRE MEMBRE ADULTE DU MENAGE (Y COMPRIS LE/LA GARDIEN(NE) OU ENQUETE(E)) ?</i></p> <p><i>ENCERCLER TOUTES LES REPONSES.</i></p>		
BR8A	Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec ( <i>NOM</i> ) ?	<div>LIVRES</div> <div>MERE A PERE B AUTRE X AUCUNE PERSONNE Y</div>	
BR8B	RACONTER DES HISTOIRES A ( <i>nom</i> )?	<div>CONTES</div> <div>MERE A PERE B AUTRE X AUCUNE PERSONNE Y</div>	
BR8C	CHANTER DES CHANSONS AVEC ( <i>nom</i> )?	<div>CHANSONS</div> <div>MERE A PERE B AUTRE X AUCUNE PERSONNE Y</div>	
BR8D	PRENDRE ( <i>nom</i> ) EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR, DE L'ENCEINTE?	<div>SORTIR EN DEHORS</div> <div>MERE A PERE B AUTRE X AUCUNE PERSONNE Y</div>	
BR8E	JOUER AVEC ( <i>nom</i> )?	<div>JOUER AVEC</div> <div>MERE A PERE B AUTRE X AUCUNE PERSONNE Y</div>	
BR8F	PASSER DU TEMPS AVEC ( <i>NOM</i> ) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER?	<div>PASSER DU TEMPS</div> <div>MERE A PERE B AUTRE X AUCUNE PERSONNE Y</div>	

## MODULE 2 : DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (CE)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSE RA
<i>La question CE1 est à administrer une seule fois à chaque mère/gardiennne de l'enfant</i>			
CE1.	COMBIEN DE LIVRES Y A-T-IL DANS LE MENAGE? S'IL VOUS PLAÎT, INCLURE LES LIVRES SCOLAIRES MAIS PAS LES AUTRES LIVRES POUR ENFANTS TELS QUE LES LIVRES ILLUSTRÉS  <i>Si aucun, enregistrer 00</i>	Nombre de livres pour adultes ... 0 ____  Dix livres pour adultes ou plus ..... 10	
CE2.	COMBIEN DE LIVRES POUR ENFANTS OU DE LIVRES ILLUSTRÉS AVEZ-VOUS POUR (nom)?  <i>Si aucun, enregistrer 00</i>	Nombre de livres pour enfants ....0 ____  Dix livres ou plus .....10	
CE3.	JE VOUDRAIS CONNAÎTRE LES OBJETS QUE (nom) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON.  AVEC QUOI (nom) JOUE-T-IL/ELLE?  EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC :  OBJETS DU MENAGE COMME VAISSELLE, PLATS, TASSES, POTS?  OBJETS ET MATÉRIELS RAMASSÉS EN DEHORS DU QUARTIER COMME BRANCHES PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLAGE?  JOUETS FABRIQUÉS A LA MAISON COMME POUPEES, VOITURES ET AUTRES ?  JOUETS ACHETÉS DANS UN MAGASIN?  <i>Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories mentionnées, insister pour savoir spécifiquement avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse</i>  <i>Code Y si l'enfant ne joue avec aucun de ces objets mentionnés</i>	Objets pour le ménage (vaisselle, plates, tasses, pots) ..... A  Objets et matériels trouvés en dehors du quartier comme (branches, pierres, animaux, coquilles, feuillage) ..... B  Jouets fabriqués à la maison (poupées, voitures et autres jouets fabriqués à la maison) ..... C  Jouets achetés dans un magasin ..... D  Pas de jouets mentionnés ..... Y	
CE4.	QUELQUES FOIS LES ADULTES S'OCCUPANT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, LAVÉ LES VÊTEMENTS OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES ENFANTS A D'AUTRES PERSONNES. DEPUIS LE DERNIER (JOUR DE LA SEMAINE) COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL/ELLE ÉTÉ LAISSÉ(E) AU SOIN D'UN AUTRE ENFANT (C'EST À DIRE À QUELQU'UN ÂGE DE MOINS DE 10 ANS)?  <i>Si aucun, enregistrer 00</i>	Nombre de fois ..... !__!__!	
CE5.	DURANT LA SEMAINE DERNIÈRE COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL/ELLE ÉTÉ LAISSÉ(E) SEUL(E)? <i>Si aucun, enregistrer 00</i>	Nombre de fois ..... !__!__!	

### MODULE 3 : VITAMINE A (VA)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
VA1	<p>(Nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLEMENT) COMME CELLE-CI ?</p> <p>Montrez la capsule ou le flacon pour différentes doses :</p> <p>100 000 UI pour les enfants âgés de 6-11 mois,</p> <p>200 000 UI pour les enfants âgés de 12-59 mois.</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>2⇒MODULE SUIVANT</p> <p>8⇒MODULE SUIVANT</p>
VA2	CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (nom) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?	<p>Nombre de mois.....!__! __!</p> <p>NSP ..... 98</p>	
VA3	OU (nom) AVAIT-IL/ELLE REÇU CETTE DERNIERE DOSE ?	<p>Au centre de santé lors d'une visite de routine 1</p> <p>Au centre de santé quand l'enfant était malade 2</p> <p>Journée Nationale de Vaccination ..... 3</p> <p>Autre (à préciser) ..... 6</p> <p>NSP .....8</p>	

### MODULE 4: DEPARASITAGE (DE)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
DE1	<p>(Nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UN MEDICAMENT (COMPRIME OU SIROP) POUR SE DEPARASITER (ALBENDAZOLE OU MEBENDAZOLE) ?</p> <p>Montrez les comprimés pour les différentes doses</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>2⇒MODULE BF</p> <p>8⇒MODULE BF</p>
DE2	CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (nom) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?	<p>Nombre de mois.....!__! __!</p> <p>NSP ..... 98</p>	
DE3	OU (nom) AVAIT-IL/ELLE REÇU CETTE DERNIERE DOSE ?	<p>Au centre de santé lors d'une visite de routine 1</p> <p>Au centre de santé quand l'enfant était malade 2</p> <p>Journée Nationale de Vaccination ..... 3</p> <p>Autre (à préciser) ..... 6</p> <p>NSP .....8</p>	

## MODULE 5 : ALLAITEMENT (BF)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
BF1	(NOM) A-T-IL/ELLE ETE ALLAITE(E) IMMEDIATEMENT DES LA NAISSANCE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒BF3 8⇒BF3
BF2	ACTUELLEMENT ( <i>nom</i> ) EST-IL/ELLE SOUS ALLAITEMENT?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
BF3	DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, A-T-IL/ELLE REÇU L'UNE DES CHOSES SUIVANTES :  <i>Lire à haute voix le nom de chaque élément et enregistrer la réponse avant de passer à l'élément suivant.</i>		
		O   N   NSP	
BF3A.	SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU MEDICAMENTS ?	A. Suppléments de vitamines ..... 1   2   8	
BF3B	EAU ?	B. Eau ..... 1   2   8	
BF3C	EAU SUCREE, AROMATISEE, JUS DE FRUIT, THE OU INFUSION?	C. Eau sucrée ou jus ..... 1   2   8	
BF3AD	SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ?	D. SRO ..... 1   2   8	
BF3E	PREPARATION POUR BEBES VENDUE COMMERCIALEMENT OU FAITE A LA MAISON ?	E. Préparation (bouillie, etc ).....1   2   8	
BF3F	LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU LAIT FRAIS	F. Lait .....1   2   8	
BF3G	AUTRES LIQUIDES?	G. Autres liquides.....1   2   8	
BF3H	ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ?	H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE .....1   2   8	
BF4	<i>Vérifier BF3H : L'enfant a reçu un aliment solide ou semi-solide (purée) ?</i>  <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec BF5 <input type="checkbox"/> Non ou NSP. ⇒ Passer au Module Suivant		
BF5.	DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, COMBIEN DE FOIS ( <i>nom</i> ) A-T-IL/ELLE MANGE DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES OU DES PUREES AUTRES QUE DES LIQUIDES?  <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois .....! ____ !  Ne sait pas..... 8	

## MODULE 6 : SOINS DES ENFANTS MALADES (CA)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
CA0	POUEZ-VOUS CITER DEUX SIGNES DE DANGER DE LA DIARRHEE ?  <i>Si OUI, INSISTER ET RECUEILLIR LES DEUX SIGNES.</i>	Oui .....1  a. ....  b. ....  Non ..... 2	
CA1	EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS ( <i>jour de la semaine</i> ) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE?  <i>La diarrhée est déterminée selon la perception de la maladie par la mère ou la gardienne ou trois selles liquides par jour, ou du sang dans les selles.</i>	Oui..... 1 Non .....2  NSP .....8	2⇒CA5  8⇒CA5
CA2	AU COURS DU DERNIER EPISODE DE DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A ( <i>nom</i> ) L'UNE DES CHOSES SUIVANTES A BOIRE :  <i>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</i>	<b>O N NSP</b>	
CA2A	-LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SRO APPELE ORASEL ?	A. Liquide SRO préparé/Orasel .....1 2 8	
CA2B	-LIQUIDE MAISON RECOMMANDE PAR LE GOUVERNEMENT ?	B. Liquide maison ..... 1 2 8	
CA2C	-LIQUIDE SRO PREEMBALLE ?	C. Liquide SRO préemballé .....1 2 8	
CA2D	POUEZ-VOUS DECRIRE COMMENT PREPARE –T-ON LES CHOSES SUIVANTES ? <i>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</i>	<b>O N NSP</b>	
	-LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SRO APPELE ORASEL ?	A. Liquide SRO préparé/Orasel .....1 2 8	
	-LIQUIDE MAISON RECOMMANDE PAR LE GOUVERNEMENT ?	B. Liquide maison ..... 1 2 8	
	-LIQUIDE SRO PREEMBALLE ?	C. Liquide SRO préemballé .....1 2 8	
CA3	AU COURS DE LA DIARRHEE DE ( <i>nom</i> ), LUI A-T-ON DONNE A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?  <i>Si « moins », insister :</i>  BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS ?	Rien ..... 1 Beaucoup moins .....2 Un peu moins .....3 Environ la même quantité .....4 Plus que d'habitude.....5 NSP .....8	
CA4.	DURANT LA DIARRHEE DE (NOM), LUI A-T-ON DONNE A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?  SI « MOINS », INSISTER :  BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS ?	Rien .....1 Beaucoup moins .....2 Un peu moins .....3 Environ la même quantité .....4 Plus que d'habitude.....5 NSP .....8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
CA5	EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A SOUFFERT DE LA TOUX, A UN MOMENT QUELCONQUE, DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS ( <i>jour de la semaine</i> ) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	2⇒CA12 8⇒CA12
CA6	QUAND ( <i>nom</i> ) A SOUFFERT DE LA TOUX, AVAIT-T-IL/ELLE UNE RESPIRATION PLUS RAPIDE QUE D'HABITUDE AVEC OU SANS SIFFLEMENT OU PLUS LENTE QUE D'HABITUDE (DIFFICULTES RESPIRATOIRES) ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	2⇒CA12 8⇒CA12
CA7A	POUVEZ-VOUS CITER DEUX SIGNES DE COMPLICATION QUI NECESSITENT D'AMENER L'ENFANT AU CENTRE DE SANTE ?  <b><i>Si oui, insister et recueillir les deux signes.</i></b>	Oui ..... 1 a. _____ b. _____ Non ..... 2.	
CA7	EST-CE QUE LES SYMPTOMES SONT DUS A UN PROBLEME DANS LA POITRINE, OU C'EST LE NEZ QUI ETAIT BOUCHE ?	Problème dans la poitrine (tousse) ..... 1 Nez bouché ..... 2 Les deux..... 3 Autre ( <i>à préciser</i> ) ..... 6 NSP ..... 8	6⇒CA12
CA8	AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE EN DEHORS DE LA MAISON ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	2⇒CA10 8⇒CA10
CA8A	CONNAISSEZ-VOUS UN AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE QUI TRAVAILLE DANS VOTRE LOCALITE ET DONNE DES SOINS ?	Oui..... 1 Non..... 2	
CA9	OU AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT ?  QUELQUE PART AILLEURS  <i>Encercler tous les prestataires mentionnés, mais NE faites PAS de suggestions.</i>  <i>S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrire le nom de l'endroit. Insister pour déterminer le type de source et encercler le code approprié.</i>  _____ ( <i>Nom de l'endroit</i> )	Sources publiques Hôpital gouvernemental ..... A Centre de santé gouvernemental (CMS/USP) ..... B Poste de santé gouvernemental ..... C Agent de santé communautaire (ASC) .. D Clinique mobile/communautaire ..... E Autre public ( <i>à préciser</i> ) ..... H  Sources médicales privées Hôpital privé/clinique privée ..... I Médecin privé ..... J Pharmacie privé ..... K Clinique mobile ..... L Autre médical privé ( <i>à préciser</i> ) ..... O Autre source Parent(e) ou ami(e) ..... P Boutique ..... Q Guérisseur traditionnel ..... R Autre ( <i>à préciser</i> ) ..... X	
CA10	EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A PRIS DES MEDICAMENTS POUR TRAITER CETTE TOUX ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	2⇒CA12 8⇒CA12

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
CA11	QUEL MEDICAMENT( <i>nom</i> ) A-T-IL/ELLE PRIS ?  <i>Encercler tous les médicaments mentionnés.</i>	Traitement antibiotique.....A  Paracetamol/Panadol/Acetaminophen.....P Aspirine ..... Q Ibuprofen ..... R  Autre ( <i>à préciser</i> ) .....X NSP .....Z	
CA12	<i>Vérifier UF11: L'enfant est âgé de moins de 3 ans ?</i> <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA13 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Passer à CA14		
CA13	LA DERNIERE FOIS QUE ( <i>nom</i> ) EST ALLE(E) A LA SELLE, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS ?	L'enfant a utilisé les toilettes/latrines ..... 01 Jeté dans les toilettes/latrines ..... 02 Jeté dans les égouts ou le fossé..... 03 Jeté avec les ordures ménagères ..... 04 Enterré..... 05 Laissé à l'air libre ..... 06  Autre ( <i>à préciser</i> ) ..... 96 NSP ..... 98	
CA14	<i>Poser, à chaque gardien(ne) d'enfant, la question suivante (CA14) seulement une fois.</i>  PARFOIS LES ENFANTS SOUFFRENT DE MALADIES SEVERES ET DEVRAIENT ETRE CONDUITS TOUT DE SUITE A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE. QUELS TYPES DE SYMPTOMES VOUS AMENERAIENT A CONDUIRE IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?  <i>Continuer à demander à l'enquêtée de citer plus de signes ou de symptômes jusqu'à ce qu'elle ne soit plus en mesure de le faire.</i> <i>Encercler tous les symptômes mentionnés.</i> <i>Mais NE lui faites PAS de suggestions.</i>	L'enfant ne peut pas boire ou téter .....A L'enfant devient de plus en plus malade.....B L'enfant développe une fièvre ..... C L'enfant a une respiration rapide..... D L'enfant a des difficultés à respirer .....E L'enfant a du sang dans les selles .....F L'enfant boit difficilement..... G Autre ( <i>à préciser</i> ) .....X  Autre ( <i>à préciser</i> ) .....Y  Autre ( <i>à préciser</i> ) .....Z	

## MODULE 7 : PRISE EN CHARGE DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS (ML)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
ML1	EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A SOUFFERT, A UN MOMENT QUELCONQUE, DE LA FIEVRE DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS ( <i>jour de la semaine</i> ) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?	Oui..... 1 Non..... 2  NSP ..... 8	2⇒ML10  8⇒ML10
ML2	EST-CE- QUE ( <i>nom</i> ) A ETE VU PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE DURANT CETTE MALADIE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	2⇒ML6 8⇒ML6
ML3	EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME QUI ONT ETE FOURNIS OU PRESCRITS PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	2⇒ML5 8⇒ML5
ML4	QUEL MEDICAMENT FOURNI OU PRESCRIT PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE, ( <i>nom</i> ) A-T-IL/ELLE PRIS ?  <i>Encercler les codes de tous les médicaments mentionnés.</i>	Antipaludéens : SP/Fansidar/Maloxine .....A Chloroquine .....B Amodiaquine/Camoquin..... C Quinine ..... D Combinaison basée sur l'Artémisinine ....E Autre antipaludéen (à préciser) ..... H  Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/Acetaminophen....P Aspirine ..... Q Ibuprofen ..... R  Autre (à préciser).....X NSP .....Z	
ML4A	LE OU LES MEDICAMENT(S) A OU ONT-IL ETE FOURNI OU PRESCRIT PAR UN AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	
ML5	EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	1⇒ML7 2⇒ML8 8⇒ML8
ML6	EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	2⇒ML8 8⇒ML8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
ML7	<p>QUEL MEDICAMENT (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ?</p> <p><i>Encercler les codes de tous les médicaments donnés. Demander à voir le médicament si le type de médicament n'est pas connu. Si le type de médicament ne peut être déterminé, montrer des antipaludéens à l'enquêtee.</i></p>	<p>Antipaludéens :</p> <p>SP/Fansidar.....A</p> <p>Chloroquine .....B</p> <p>Amodiaquine ..... C</p> <p>Quinine ..... D</p> <p>Combinaison basée sur l'Artémisinine ....E</p> <p>Autre antipaludéen (à préciser) ..... H</p> <p>Autres médicaments :</p> <p>Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ....P</p> <p>Aspirine ..... Q</p> <p>Ibuprofen ..... R</p> <p>Autre (à préciser) .....X</p> <p>NSP .....Z</p>	
ML7A	<p>CONNAISSEZ-VOUS LES SIGNES DE DANGER DU PALUDISME QUI JUSTIFIENT D'AMENER L'ENFANT RAPIDEMENT AU CENTRE DE SANTE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP .....8</p>	
ML7B	<p>POUEZ-VOUS CITER DEUX SIGNES DE DANGER DU PALUDISME QUI NECESSITENT D'AMENER L'ENFANT AU CENTRE DE SANTE ?</p> <p><i>SI OUI, INSISTER ET RECUEILLIR LES DEUX SIGNES.</i></p>	<p>Oui .....1</p> <p>a. ....</p> <p>c. ....</p> <p>Non ..... 2.</p>	
ML8	<p>Vérifier ML4 et ML7: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec ML9</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Passer à ML10</p>		
ML9	<p>COMBIEN DE TEMPS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE, (<i>nom</i>) A-T-IL COMMENCE A PRENDRE (<i>nom de l'antipaludéen mentionné à ML4 ou ML7</i>) ?</p> <p><i>S'il y a plusieurs antipaludéens mentionnés à ML4 ou ML7, il faut présenter tous les noms des médicaments antipaludéens mentionnés. Enregistrer le code du jour où l'antipaludéen a été donné.</i></p>	<p>Même jour .....0</p> <p>Le jour suivant ..... 1</p> <p>2 jours après la fièvre .....2</p> <p>3 jours après la fièvre .....3</p> <p>4 jours ou plus après la fièvre ..... 4</p> <p>NSP ..... 8</p>	
ML10	<p>EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>2⇒MODULE SUIV.</p> <p>8⇒MODULE SUIV.</p>
ML11	<p>DEPUIS COMBIEN DE TEMPS POSSEDE-T-IL/ELLE CETTE MOUSTIQUAIRE ?</p> <p>SI MOINS DE 1 MOIS, ECRIRE '00'.</p> <p><i>Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard.</i></p>	<p>Mois.....!__!__!</p> <p>Plus de 24 mois.....95</p> <p>Pas sûre .....98</p>	
ML12	<p>QUELLE EST LA MARQUE DE CETTE MOUSTIQUAIRE ?</p> <p><i>Si l'enquêtee ne connaît pas la marque de la moustiquaire, montrer des images sur carte, ou si possible observer la moustiquaire.</i></p> <p>MOUSTIQUAIRES PERMANENTES (LONGUE DUREE) :</p> <p>Marque OLYSETE</p> <p>Marque SERENA</p> <p>MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES OU REIMPREGNEES :</p> <p>Marque Bravo (Palutech)</p> <p>Marque Sandutch</p> <p>AUTRES MOUSTIQUAIRES :</p>	<p>Moustiquaire permanente (longue durée):</p> <p>Olyset Net ... ..... 11</p> <p>Permanet (SERENA) .....12</p> <p>Moustiquaire imprégnée (courte durée):</p> <p>Bravo (Palutech) .....21</p> <p>Sandutch ..... 22</p> <p>Autre moustiquaire :</p> <p>Autre moustiquaire (à préciser Marque) ..... 36</p> <p>NSP Marque inconnue .....98</p>	<p>11⇒MODULE SUIVANT</p> <p>12⇒MODULE SUIVANT</p> <p>21⇒ML14</p> <p>22⇒ML14</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
ML13	QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ELOIGNER LES MOUSTIQUES ?	Oui.....1 Non.....2 NSP /pas sûre .....8	
ML14	DEPUIS QUE VOUS AVEZ LA (ES) MOUSTIQUAIRE(S), EST-CE QUE VOUS L'AVEZ (LES AVEZ )TREMPEE(S) OU PLONGEE(S) DANS UN LIQUIDE POUR TUER/ELOIGNER LES MOUSTIQUES OU LES INSECTES ?	Oui.....1 Non.....2 NSP .....8	2⇒MODULE SUIV. 8⇒MODULE SUIV.
ML15	COMBIEN DE TEMPS S'EST-IL ECOULE DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPEE OU PLONGEE DANS UN LIQUIDE INSECTICIDE POUR LA DERNIERE FOIS ? <i>Si moins de 1 mois, écrire '00'.</i> <i>Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard</i>	Mois.....!__! __!  Plus de 24 mois.....95  Pas sûre/NSP .....98	

## MODULE 8 : VACCINATION (IM)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES								PASSER A
Si une carte de vaccination est disponible, copier de IM2-IM8D les dates de chaque type de vaccin ou de dose de vitamine inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 sont réservées à l'enregistrement des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 seront posées seulement quand il n'y a pas de carte de vaccination disponible.										
IM1	Y A-T-IL UNE CARTE DE VACCINATION POUR (nom)?	Oui, vue .....1 Oui, pas vue .....2 Non .....3								2⇒IM10 3⇒IM10
	(a) Copier les dates des vaccinations pour chaque vaccin à partir de la carte. Écrire '44' dans la colonne 'jour' si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.	Date de vaccination								
		JOUR		MOIS		ANNEE				
IM2	BCG BCG									
IM3A	POLIO A LA NAISSANCE VPO0									
IM3B	POLIO 1 VPO1									
IM3C	POLIO 2 VPO2									
IM3D	POLIO 3 VPO3									
IM4A	DTCQ1 DTCQ1									
IM4B	DTCQ2 DTCQ2									
IM4C	DTCQ3 DTCQ3									
IM5A	HEPB1 (ou DTCQqHB1) (DTCQ)H1									
IM5B	HÉPB2 (ou DTCQq HB2) (DTCQ)H2									
IM5C	HépB3 (ou DTcoqHB3) (DTCQ)H3									
IM6	Rougeole (ou VAR) ROUGEOLE									
IM7	Fièvre Jaune (VAA) FJ									
IM8A	Vitamine A (1) VitA1									
IM8B	Vitamine A (2) VitA2									
IM8C	Vitamine A (3) VitA3									
IM8D	Vitamine A (4) VitA4									
IM9	EN PLUS DES VACCINATIONS ET DES CAPSULES DE VITAMINE A INSCRITES SUR LA CARTE, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS, Y COMPRIS LES VACCINATIONS FAITES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION?  ENREGISTRER ' OUI ' SEULEMENT SI L'ENQUETEE MENTIONNE BCG, VPO 0-3, DTCQ 1-3, HEPATITE B 1-3, ROUGEOLE, VACCIN DE FIEVRE JAUNE, OU DES SUPPLEMENTS DE VITAMINE A.	Oui .....1 (Insister sur le type de vaccin et enregistrer '66' dans la colonne correspondante au jour en IM2 à IM8D).  Non .....2  NSP .....8								1⇒IM19  2⇒IM19  8⇒IM19
IM10	EST-CE QUE (nom) A REÇU DES VACCINATIONS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8								2⇒IM19 8⇒IM19
IM11	EST-CE QUE (nom) A REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'EPAULE QUI LAISSE, GENELEMENT, UNE CICATRICE? Vérifier la cicatrice au tiers supérieur de la face inférieure de l'avant-bras gauche	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8								

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
IM12	EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A REÇU UNE VACCINATION SOUS FORME « DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE DES MALADIES - COMME LA POLIO ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	2⇒IM15 8⇒IM15
IM13	QUAND LE PREMIER VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ, JUSTE APRÈS LA NAISSANCE (DANS LES DEUX PREMIÈRES SEMAINES) OU PLUS TARD ?	Juste après la naissance (dans les 2 semaines)..... 1 Plus tard ..... 2 NSP ..... 8	
IM14	COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois ..... ! __ ! __ ! NSP ..... 8	
IM15	EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A REÇU UNE « VACCINATION DTCoQ » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE À LA CUISSE OU À LA FESSE- POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTÉRIE ? (DONNÉE QUELQUEFOIS EN MÊME TEMPS QUE LES GOUTTES CONTRE LA POLIO).	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	2⇒IM17 8⇒IM17
IM16	COMBIEN DE FOIS ?	Nombre de fois ..... ! __ ! __ ! NSP ..... 98	
IM17	EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE » OU VAR - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	
IM18	EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA FIÈVRE JAUNE ? (DONNÉE QUELQUEFOIS EN MÊME TEMPS QUE LA ROUGEOLE).	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	
IM19	DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI ( <i>nom</i> ) A PARTICIPÉ À L'UNE DES CAMPAGNES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU DE VITAMINE A OU LES JOURNÉES DE LA SANTÉ DE L'ENFANT:  IM19A. FEV-MARS 2005 / CAMPAGNE POLIO SEUL (CAMP A)  IM19B. JUIL 2005 / CAMPAGNE. VIT A + ABENDAZOLE (CAMP B)  IM19C. NOV-DÉC 2005 / CAM. POLIO+VIT A+ABENDAZOLE (CAMP C)	<div style="text-align: right;">O   N   NSP</div> Campagne A ..... 1   2   8 Campagne B ..... 1   2   8 Campagne C ..... 1   2   8	
IM20	<p><i>Y a-t-il un autre enfant qui vit dans le ménage dont l'enquêtée est la mère/gardien(ne) ?</i>  <i>Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒ Fin du présent questionnaire ; et puis</i>  <i>Passer au QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS pour l'administrer à l'enfant éligible suivant.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non.. ⇒ Fin de l'interview. Remercier l'enquêté(e) de sa collaboration.</i>  <i>Si cet enfant est le dernier enfant éligible dans le ménage, passer au MODULE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE.</i></p>		

## MODULE 9 : ANTHROPOMETRIE (AN)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
<p><i>Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le mesureur pèse et mesure chaque enfant. Inscrire 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. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.</i></p>			
AN1	Poids de l'enfant.	Kilogrammes (kg).....  __ __ .  __	
AN2	Taille de l'enfant (cm).  <i>Vérifier l'âge de l'enfant en UF11:</i>  <input type="checkbox"/> <i>Enfant âgé de moins de 2 ans. ⇒ Mesure de la taille (en position allongée).</i>  <input type="checkbox"/> <i>Enfant âgé de 2 ans ou plus. ⇒ Mesure de la taille (en position debout).</i>	Taille (cm) Position allongée..... 1  __ __ .  __   Taille (cm) Position debout..... 2  __ __ .  __	
AN3	Code d'identification du contrôleur.	Numéro de code ..... !__! __!	
AN4	Résultat des mesures.	Mesuré..... 1  Absent ..... 2  Refus ..... 3  Autre (à préciser)_____ 6	
AN5	<p><i>Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non. ⇒ Fin de l'interview avec ce ménage. Remercier tous les participants de leur collaboration. Rassembler tous les questionnaires de ce ménage et vérifier que les numéros d'identification figurent en haut de chaque page. Inscrire le nombre de questionnaires remplis sur la page du Panneau d'Identification du Ménage.</i></p>		