



NOM _____ _____	NOM _____ _____	_____ _____	_____ _____
DATE _____ _____	DATE _____ _____	_____ _____	_____ _____

[Page précédente \(menu principal\)](#)  
[Début de cette page](#)

### SECTION 1: SOINS DE SANTE

MAINTENANT NOUS ALLONS NOUS INTERESSER A LA SANTE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS  
 (DRESSEZ LA LISTE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS A PARTIR DU QUESTIONNAIRE MENAGE. PRENDRE LA PEINE DE RELEVER LE NOM ET LE NUMERO D'ORDE DE CHAQUE ENFANT AU DEBUT DE TOUTES LES PAGES DU QUESTIONNAIRE RELATIVES A LA SECTION 1. POSER LES QUESTIONS POUR CHAQUE ENFANT. S'IL Y A PLUS DE TROIS ENFANTS ÉLIGIBLES DANS LE MÉNAGE, UTILISEZ UN AUTRE QUESTIONNAIRE ENFANT.)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODE					
	NOM DE L'ENFANT						
101A	NUMÉRO D'ORDRE DE L'ENFANT DANS LE MÉNAGE	_ _	_ _	_ _			
101B	Sexe de l'enfant	MASCULIN ..... ..... 1 FEMININ ..... ..... 2	MASCULIN ..... 1 FEMININ ..... ..... 2	MASCULIN ..... 1 FEMININ ..... 2			
101C	Quel est l'âge de (NOM) en mois INSCRIRE ÂGE EN MOIS REVOLUS	_ _	_ _	_ _			
102	Numéro d'ordre de la répondante	_ _	_ _	_ _			
103	Est-ce que (NOM) a été malade ou a eu un problème de santé au cours des deux dernières semaines (précédant) l'enquête ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8  SI NON OU NSP → L'ENFANT SUIVANT (ie à 101A), SI PLUS D'ENFANT → SECTION 2 (ie à 201A)	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8  SI NON OU NSP → L'ENFANT SUIVANT (ie à 101A), SI PLUS D'ENFANT → SECTION 2 (ie à 201A)	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8  SI NON OU NSP → L'ENFANT SUIVANT (ie à 101A), SI PLUS D'ENFANT → SECTION 2 (ie à 201A)			
104	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il été malade ?	_ _	_ _	_ _			
		INSCRIRE LE NOMBRE DE JOUR, SI NSP INSCRIRE 88	INSCRIRE LE NOMBRE DE JOUR, SI NSP INSCRIRE 88	INSCRIRE LE NOMBRE DE JOUR, SI NSP INSCRIRE 88			
105	S'il vous plaît, donnez-moi toutes les manifestations ou maladies dont a souffert (NOM) au cours des deux dernières semaines, y compris aujourd'hui.	FIÈVRE ..... A CONVULSIONS ..... B TOUX ..... C DIFFICULTÉ À RESPIRER ..... D RESPIRATION TRÈS RAPIDE/TRÈS FAIBLE ..... E DIARRHÉE ..... F SANG DANS LES SELLES ..... G SELLES TRÈS DURES/ TRÈS LIQUIDES ..... H DOULEURS GENERALISEES ..... I YEUX ROUGES ..... J REFUS DE MANGER OU DE TÊTER ..... K NEZ QUI COULE ..... L JAMBE ENFLÉE ..... M PALUDISME ..... N PNEUMONIE ..... O AUTRES (PRECISEZ) ..... P	FIÈVRE ..... A CONVULSIONS ..... B TOUX ..... C DIFFICULTÉ À RESPIRER ..... D RESPIRATION TRÈS RAPIDE/TRÈS FAIBLE ..... E DIARRHÉE ..... F SANG DANS LES SELLES ..... G SELLES TRÈS DURES/ TRÈS LIQUIDES ..... H DOULEURS GENERALISEES ..... I YEUX ROUGES ..... J REFUS DE MANGER OU DE TÊTER ..... K NEZ QUI COULE ..... L JAMBE ENFLÉE ..... M PALUDISME ..... N PNEUMONIE ..... O AUTRES (PRECISEZ) ..... P	FIÈVRE ..... A CONVULSIONS ..... B TOUX ..... C DIFFICULTÉ À RESPIRER ..... D RESPIRATION TRÈS RAPIDE/TRÈS FAIBLE ..... E DIARRHÉE ..... F SANG DANS LES SELLES ..... G SELLES TRÈS DURES/ TRÈS LIQUIDES ..... H DOULEURS GENERALISEES ..... I YEUX ROUGES ..... J REFUS DE MANGER OU DE TÊTER ..... K NEZ QUI COULE ..... L JAMBE ENFLÉE ..... M PALUDISME ..... N PNEUMONIE ..... O AUTRES (PRECISEZ) ..... P			
106A	<b>FILTRE POUR ENFANT AYANT EU UNE MALADIE RESPIRATOIRE</b>  VERIFIEZ 105 :	SI L'ENFANT A EU UNE MALADIE RESPIRATOIRE EN CERCLÉ	SINON (AUCUN DE CES CODES N'EST	SI L'ENFANT A EU UNE MALADIE RESPIRATOIRE (AU MOINS UN DES	SINON (AUCUN DE CES CODES N'EST EN CERCLÉ) CODES	SI L'ENFANT A EU UNE MALADIE RESPIRATOIRE (AU MOINS UN DES	SINON (AUCUN DE CES CODES N'EST EN CERCLÉ) CODES

## QUESTIONNAIRE ENFANT

		(AU MOINS UN DES CODES C, D, E, L OU O EST ENCERCLE)	C, D, E, L OU O EST ENCERCLE)	C, D, E, L OU O EST ENCERCLE)
106B	Au cours de cette maladie, la respiration rapide ou les difficultés respiratoires étai(en)t-elle(s) due(s) au blocage des narines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
	NOM DE L'ENFANT			
	NUMERO D'ORDRE DE L'ENFANT DANS LE MENAGE			
106C	L'enfant a-t-il été conduit à l'hôpital ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
107	<b>FILTRE POUR ENFANTS AYANT EU LA DIARRHÉE</b> VERIFIEZ 105 :	ENFANT A EU FLA DIARRHÉE EN CER- (LE CODE F EST ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/> SINON (LE CODE N'EST PAS N'EST PAS CLÉ) <input type="checkbox"/> >111A	ENFANT A EU FLA DIARRHÉE EN CER- (LE CODE F EST ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/> SINON (LE CODE N'EST PAS N'EST PAS CLÉ) <input type="checkbox"/> >111A	ENFANT A EU LA DIARRHÉE (LE CODE F EST ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/> SINON (LE CODE F N'EST PAS EN CER- CLÉ) <input type="checkbox"/> >111A
108A	Quelles boissons (NOM) a-t-il pris durant la dernière épisode de diarrhée ? ENCERCLER LES BOISSONS PRIS	LAIT MATERNEL ..... A BOUILLIE/JUS/SOUBE ..... B AUTRES ACCEPTABLES (YAOURT A BOIRE, SSS) ..... C SOLUTION SRO ..... D AUTRE LAIT ..... E EAU PLUS ALIMENTS ..... F EAU UNIQUEMENT ..... G EAU SUCREE SALEE ..... H LIQUIDES INACCEPTABLES (COCA COLA ) ..... I RIEN ..... J	LAIT MATERNEL ..... A BOUILLIE/JUS/SOUBE ..... B AUTRES ACCEPTABLES (YAOURT A BOIRE, SSS) ..... C SOLUTION SRO ..... D AUTRE LAIT ..... E EAU PLUS ALIMENTS ..... F EAU UNIQUEMENT ..... G EAU SUCREE SALEE ..... H LIQUIDES INACCEPTABLES (COCA COLA ) ..... I RIEN ..... J	LAIT MATERNEL ..... A BOUILLIE/JUS/SOUBE ..... B AUTRES ACCEPTABLES (YAOURT A BOIRE, SSS) ..... C SOLUTION SRO ..... D AUTRE LAIT ..... E EAU PLUS ALIMENTS ..... F EAU UNIQUEMENT ..... G EAU SUCREE SALEE ..... H LIQUIDES INACCEPTABLES (COCA COLA ) ..... I RIEN ..... J
108B	(NOM) a-t-il reçu à peu près la même quantité de liquide qu'avant la diarrhée?	MOINS ..... 1 PLUS ..... 2 A PEU PRÈS LA MÊME ..... 3 NSP ..... 8	MOINS ..... 1 PLUS ..... 2 A PEU PRÈS LA MÊME ..... 3 NSP ..... 8	MOINS ..... 1 PLUS ..... 2 A PEU PRÈS LA MÊME ..... 3 NSP ..... 8
109A	Durant sa maladie, (NOM) a-t-il reçu plus, moins ou la même quantité de nourriture qu'avant ?	MOINS ..... 1 PLUS ..... 2 A PEU PRÈS LA MÊME ..... 3 NSP ..... 8	MOINS ..... 1 PLUS ..... 2 A PEU PRÈS LA MÊME ..... 3 NSP ..... 8	MOINS ..... 1 PLUS ..... 2 A PEU PRÈS LA MÊME ..... 3 NSP ..... 8
109B	Est-ce que les selles de (NOM) avait du sang pendant cette diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
110A	Selon vous, (NOM) était-il légèrement, moyennement ou sévèrement malade ?	LÉGÈREMENT ..... 1 MOYENNEMENT ..... 2 SÉVÈREMENT ..... 3 NSP ..... 8	LÉGÈREMENT ..... 1 MOYENNEMENT ..... 2 SÉVÈREMENT ..... 3 NSP ..... 8	LÉGÈREMENT ..... 1 MOYENNEMENT ..... 2 SÉVÈREMENT ..... 3 NSP ..... 8
110B	Est-ce que l'enfant a été conduit à l'hôpital ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8
111A	FILTRE VERIFIEZ Q105	SI L'ENFANT A EU LE PALU- 'N' DISME OU FIÈVRE (C'EST-A DIRE 'A' OU 'N' ENCERCLE) <input type="checkbox"/> SINON (C'EST-A DIRE NI 'A' NI ENCERCLE) <input type="checkbox"/> >117A	SI L'ENFANT A EU LE PALU- 'N' DISME OU FIÈVRE (C'EST-A DIRE 'A' OU 'N' ENCERCLE) <input type="checkbox"/> SINON (C'EST-A DIRE NI 'A' NI ENCERCLE) <input type="checkbox"/> >117A	SI L'ENFANT A EU LE PALU- DISME OU FIÈVRE (C'EST-A DIRE 'A' OU 'N' ENCERCLE) <input type="checkbox"/> SINON (C'EST-A DIRE NI 'A' NI ENCERCLE) <input type="checkbox"/> >117A
111B	(NOM) a-t-il été conduit au centre de santé quand il a eu le paludisme ou la fièvre ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 115 NSP ..... 8 → 115	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 115 NSP ..... 8 → 115	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 115 NSP ..... 8 → 115
112	(NOM) a-t-il pris les médicaments qui lui ont été donnés ou prescrits au centre de santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 114B NSP ..... 8 → 114B	OUI ..... 1 NON ..... 2 → Q114B NSP ..... 8 → Q114B	OUI ..... 1 NON ..... 2 → Q114B NSP ..... 8 → Q114B
113	Les médicaments ci-dessous lui ont-ils été prescrits au centre de santé ? (SI OUI, NOTEZ LE NOMBRE DE JOURS DE TRAITEMENT PRESCRIT.).			
	PANADOL ( entrer le nombre de jours			

QUESTIONNAIRE ENFANT

113A	de traitement prescrit, 00 si NON et 88 si NSP)	___	___	___	
113B	ASPIRINE ( entrer le nombre de jours de traitement prescrit, , SI NON et 88 si NSP)	___	___	___	
NOM DE L'ENFANT					
NUMERO D'ORDRE DE L'ENFANT DANS LEMENAGE					
113C	FANSIDAR (entrer le nombre de jours de traitement prescrit, 00 si NON et 88 si NSP)	___	___	___	
113D	QUININE (entrer le nombre de jours de traitement prescrit, 00 , SI NON et 88 si NSP)	___	___	___	
113E	AUTRES (entrer le nombre de jours de traitement prescrit, 00 , SI NON et 88 si NSP)	___	___	___	
113F	NSP (ecrire 1 si toutes les réponses ci-dessus=88, SI NON écrire 0)	___	___	___	
114A	<b>FILTRE POUR ENFANTS AYANT ETE CONDUIT A L'HOPITAL AU COURS D'UNE EPISODE DE PALUDISME/FIEVRE</b> VERIFIEZ LA QUESTION Q111B :	SI OUI , SI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> →115	SI OUI , SI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> →115	SI OUI , SI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> →115	
114B	Est-ce que (NOM) a-t-il pris des médicaments contre le paludisme ou la fièvre avant d'être conduit au centre de santé ?	OUI ..... 1 →Q116 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 →Q116 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 →Q116 NON ..... 2 NSP ..... 8	
115	(NOM) a-t-il pris des médicaments contre la fièvre ou le paludisme pendant cette maladie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 117A NSP ..... 8 → 117A	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 117A NSP ..... 8 → 117A	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 117A NSP ..... 8 → 117A	
116	(NOM) a-il consommé un des médicaments ci-dessous ? SI OUI, inscrivez le nombre de jours de prise				
116A	PANADOL ( entrer le nombre de jours de traitement, 00 si NON et 88 si NSP)	___	___	___	
116B	ASPIRINE ( entrer le nombre de jours de traitement, 00 si NON et 88 si NSP)	___	___	___	
116C	FANSIDAR (entrer le nombre de jours de traitement, 00 si NON et 88 si NSP)	___	___	___	
116D	QUININE (entrer le nombre de jours de traitement, 00 si NON et 88 si NSP)	___	___	___	
116E	AUTRES (entrer le nombre de jours de traitement, 00 si NON et 88 si NSP)	___	___	___	
116F	NSP (écrire 1 si toutes les réponses ci-dessus=88, si NON écrire 0)	___	___	___	
117A	<b>FILTRE POUR ENFANTS AYANT ETE CONDUIT A L'HOPITAL</b> VERIFIEZ LES QUESTIONS 106C, 110B, ET 111B :	L'ENFANT N'A PAS ETE CONDUIT A L'HOPITAL (AUCUN OUI OUI ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	L'ENFANT A ETE CONDUIT A L'HOPITAL (AU MOINS UN ENCERCLE) <input type="checkbox"/> →119	L'ENFANT N'A PAS ETE CONDUIT A L'HOPITAL (AUCUN OUI UN OUI ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	L'ENFANT A ETE CONDUIT A L'HOPITAL (AU MOINS UN ENCERCLE) <input type="checkbox"/> →119
117B	Avez-vous reçu des conseils ou un traitement relatifs à la maladie de (NOM) en dehors de la maison ?	OUI ..... 1 NON ..... 2  SINON →ENFANT SUIVANT (ie A 101A) SI PLUS ENFANT → SECTION SUIVANTE(201A))	OUI ..... 1 NON ..... 2  SINON →ENFANT SUIVANT (ie A 101A) SI PLUS ENFANT → SECTION SUIVANTE(201A))	OUI ..... 1 NON ..... 2  SINON →ENFANT SUIVANT (ie A 101A) SI PLUS ENFANT → SECTION SUIVANTE(201A))	
NOM DE L'ENFANT					
NUMÉRO D'ORDRE DE L'ENFANT DANS LE MÉNAGE					

QUESTIONNAIRE ENFANT

118	D'où ou bien de qui avez-vous principalement reçu cette aide ?	<b>SYSTÈME DE SANTÉ FORMEL</b> PUBLIC ..... 11 CLINIQUE PRIVÉE .....12 PHARMACIE .....13 <b>SYSTÈME DE SANTÉ NON FORMEL</b> BOUTIQUE ..... 21 MARCHÉ/AMBULANT .....22 RELATION, AMIS, AÎNÉS.....23 TRADIPRATICIEN .....24 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .....25 AUTRES .....26	<b>SYSTÈME DE SANTÉ FORMEL</b> PUBLIC ..... 11 CLINIQUE PRIVÉE .....12 PHARMACIE .....13 <b>SYSTÈME DE SANTÉ NON FORMEL</b> BOUTIQUE ..... 21 MARCHÉ/AMBULANT .....22 RELATION, AMIS, AÎNÉS.....23 TRADIPRATICIEN .....24 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .....25 AUTRES .....26	<b>SYSTÈME DE SANTÉ FORMEL</b> PUBLIC ..... 11 CLINIQUE PRIVÉE .....12 PHARMACIE .....13 <b>SYSTÈME DE SANTÉ NON FORMEL</b> BOUTIQUE ..... 21 MARCHÉ/AMBULANT .....22 RELATION, AMIS, AÎNÉS.....23 TRADIPRATICIEN .....24 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .....25 AUTRES .....26
119	Où est-ce que vous avez conduit en premier lieu (NOM) lorsqu'il est tombé malade ?	<b>SYSTÈME DE SANTÉ FORMEL</b> PUBLIC ..... 11 CLINIQUE PRIVÉE ..... 12 PHARMACIE .....13 <b>SYSTÈME DE SANTÉ NON FORMEL</b> BOUTIQUE ..... 21 MARCHÉ/AMBULANT .....22 RELATION, AMIS, AÎNÉS.....23 TRADIPRATICIEN .....24 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .....25 AUTRES .....26	<b>SYSTÈME DE SANTÉ FORMEL</b> PUBLIC ..... 11 CLINIQUE PRIVÉE .....12 PHARMACIE .....13 <b>SYSTÈME DE SANTÉ NON FORMEL</b> BOUTIQUE ..... 21 MARCHÉ/AMBULANT .....22 RELATION, AMIS, AÎNÉS.....23 TRADIPRATICIEN .....24 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .....25 AUTRES .....26	<b>SYSTÈME DE SANTÉ FORMEL</b> PUBLIC ..... 11 CLINIQUE PRIVÉE .....12 PHARMACIE .....13 <b>SYSTÈME DE SANTÉ NON FORMEL</b> BOUTIQUE ..... 21 MARCHÉ/AMBULANT .....22 RELATION, AMIS, AÎNÉS.....23 TRADIPRATICIEN .....24 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .....25 AUTRES .....26
120A	Y a-t-il eu un second recours	OUI ..... 1 NON ..... 2 →122A	OUI ..... 1 NON ..... 2 →122A	OUI ..... 1 NON ..... 2 →122A
120B	Où avez-vous conduit(NOM) en deuxième lieu ?	<b>SYSTÈME DE SANTÉ FORMEL</b> PUBLIC ..... 11 CLINIQUE PRIVÉE .....12 PHARMACIE .....13 <b>SYSTÈME DE SANTÉ NON FORMEL</b> BOUTIQUE ..... 21 MARCHÉ/AMBULANT .....22 RELATION, AMIS, AÎNÉS.....23 TRADIPRATICIEN .....24 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .....25 AUTRES .....26	<b>SYSTÈME DE SANTÉ FORMEL</b> PUBLIC ..... 11 CLINIQUE PRIVÉE .....12 PHARMACIE .....13 <b>SYSTÈME DE SANTÉ NON FORMEL</b> BOUTIQUE ..... 21 MARCHÉ/AMBULANT .....22 RELATION, AMIS, AÎNÉS.....23 TRADIPRATICIEN .....24 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .....25 AUTRES .....26	<b>SYSTÈME DE SANTÉ FORMEL</b> PUBLIC ..... 11 CLINIQUE PRIVÉE .....12 PHARMACIE .....13 <b>SYSTÈME DE SANTÉ NON FORMEL</b> BOUTIQUE ..... 21 MARCHÉ/AMBULANT .....22 RELATION, AMIS, AÎNÉS.....23 TRADIPRATICIEN .....24 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .....25 AUTRES .....26
121	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez décidé d'aller consulter un autre praticien ?	L'ÉTAT DE L'ENFANT NE S'AMÉLIORAIT PAS/LE TRAITEMENT N'ÉTAIT PAS SATISFAISANT ..... 1 LE PRATICIEN M'A CONSEILLÉ DE LE FAIRE .....2 LE TRAITEMENT ÉTAIT TRÈS CHER .....3 LES INSTRUCTIONS DE TRAITEMENT ÉTAIENT TRÈS DIFFICILES À SUIVRE .....4	L'ÉTAT DE L'ENFANT NE S'AMÉLIORAIT PAS/LE TRAITEMENT N'ÉTAIT PAS SATISFAISANT .....1 LE PRATICIEN M'A CONSEILLÉ DE LE FAIRE .....2 LE TRAITEMENT ÉTAIT TRÈS CHER .....3 LES INSTRUCTIONS DE TRAITEMENT ÉTAIENT TRÈS DIFFICILES À SUIVRE .....4	L'ÉTAT DE L'ENFANT NE S'AMÉLIORAIT PAS/LE TRAITEMENT N'ÉTAIT PAS SATISFAISANT ..... 1 LE PRATICIEN M'A CONSEILLÉ DE LE FAIRE .....2 LE TRAITEMENT ÉTAIT TRÈS CHER .....3 LES INSTRUCTIONS DE TRAITEMENT ÉTAIENT TRÈS DIFFICILES À SUIVRE .....4

NOM DE L'ENFANT			
NUMÉRO D'ORDRE DE L'ENFANT DANS LE MÉNAGE	_ _	_ _	_ _

122A	VERIFIEZ 106C, 110B, 111B :	SI L'ENFANT A ÉTÉ CONDUIT A L'HOPITAL <input type="checkbox"/> SINON <input type="checkbox"/> ↳ ENFANT SUIVANT(103)   ↳SI PLUS D'EN-SECTION SUIVANTE(201A)	SI L'ENFANT A ÉTÉ CONDUIT A L'HOPITAL <input type="checkbox"/> SINON <input type="checkbox"/> ↳ ENFANT SUIVANT(103)   ↳SI PLUS D'EN-SECTION SUIVANTE(201A)	SI L'ENFANT A ÉTÉ CONDUIT A L'HOPITAL <input type="checkbox"/> SINON <input type="checkbox"/> ↳ ENFANT SUIVANT(103)   ↳SI PLUS D'EN-SECTION SUIVANTE(201A)
Pour quelle raison principale avez-vous décidé d'amener (NOM) en	LES CONDITIONS DE SANTÉ DE L'ENFANT ÉTAIENT PIRES .....1 CONSEILLÉ PAR LES MEMBRES DE LA FAMILLE .....	LES CONDITIONS DE SANTÉ DE L'ENFANT ÉTAIENT PIRES .....1 CONSEILLÉ PAR LES MEMBRES DE LA FAMILLE .....	LES CONDITIONS DE SANTÉ DE L'ENFANT ÉTAIENT PIRES .....1 CONSEILLÉ PAR LES MEMBRES DE LA FAMILLE .....	

## QUESTIONNAIRE ENFANT

122B	consultation ?	.....2 CONSEILLÉ PAR LE PERSONNEL DE SANTÉ.....3 AUTRES (PRECISEZ) ) ..... 4	.....2 CONSEILLÉ PAR LE PERSONNEL DE SANTÉ.....3 AUTRES (PRECISEZ) ) ..... 4	FAMILLE.....2 CONSEILLÉ PAR LE PERSONNEL DE SANTÉ.....3 AUTRES (PRECISEZ) ) ..... 4
123	Combien de temps s'est écoulé entre l'instant que vous-avez constaté que (NOM) était malade et le moment où vous l'avez amené en consultation ?	HEURE..... 1 [ ] [ ] JOURS ..... 2 [ ] [ ] [ ] [ ] SEMAINE.....3 [ ] [ ] [ ] [ ] MOIS .....4 [ ] [ ] [ ] [ ] NSP .....888	HEURE..... 1 [ ] [ ] JOURS ..... 2 [ ] [ ] [ ] [ ] SEMAINE.....3 [ ] [ ] [ ] [ ] MOIS .....4 [ ] [ ] [ ] [ ] NSP .....888	HEURE..... 1 [ ] [ ] JOURS .....2 [ ] [ ] [ ] [ ] SEMAINE.....3 [ ] [ ] [ ] [ ] MOIS .....4 [ ] [ ] [ ] [ ] NSP .....888
124	Est-ce que le personnel de santé vous a demandé de ramener (NOM) en consultation après quelques jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SE SOUVIENT PLUS.....84→Q127	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SE SOUVIENT PLUS.....84→Q127	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SE SOUVIENT PLUS.....84→Q127
125	Aviez-vous ramené (NOM) en consultation pour la visite de contrôle ?	OUI ..... 1 →127 NON ..... 2	OUI ..... 1 →127 NON ..... 2	OUI ..... 1 →127 NON ..... 2
126	Quelle est la principale raison qui vous a empêché d'amener (NOM) à la visite de contrôle ?	NE POUVAIS PAS SUPPORTER LE COÛT ADDITIONNEL ..... 1 NE DISPOSAIS PAS DE TEMPS ..... 2 D' AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE ONT REFUSÉ .....3 NE SAVAIS PAS QUE C' ÉTAIT NÉCESSAIRE .....4 AVAIS L' INTENTION DE LE FAIRE PROCHAINEMENT ..... 5 L' ENFANT ALLAIT BIEN AVANT LA DATE DU RENDEZ-VOUS ..... 6 RENDEZ-VOUS ATTENDU .....7	NE POUVAIS PAS SUPPORTER LE COÛT ADDITIONNEL ..... 1 NE DISPOSAIS PAS DE TEMPS ..... 2 D' AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE ONT REFUSÉ .....3 NE SAVAIS PAS QUE C' ÉTAIT NÉCESSAIRE .....4 AVAIS L' INTENTION DE LE FAIRE PROCHAINEMENT ..... 5 L' ENFANT ALLAIT BIEN AVANT LA DATE DU RENDEZ-VOUS ..... 6 RENDEZ-VOUS ATTENDU .....7	NE POUVAIS PAS SUPPORTER LE COÛT ADDITIONNEL ..... 1 NE DISPOSAIS PAS DE TEMPS ..... 2 D' AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE ONT REFUSÉ .....3 NE SAVAIS PAS QUE C' ÉTAIT NÉCESSAIRE .....4 AVAIS L' INTENTION DE LE FAIRE PROCHAINEMENT ..... 5 L' ENFANT ALLAIT BIEN AVANT LA DATE DU RENDEZ-VOUS ..... 6 RENDEZ-VOUS ATTENDU .....7
127	Le personnel de santé qui vous a reçu vous a-t-il dit que votre enfant devait être amené à un autre centre de soins de santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 →131	OUI ..... 1 NON ..... 2 →131	OUI ..... 1 NON ..... 2 →131
128	Pour quelle raison principale ce deuxième recours était-il nécessaire ?	MEDICAMENTS ET PRESTATIONS DISPONIBLES .....1 PERSONNELS QUALIFIES .....2 PROXIMITÉ DE LA MAISON ..... 3 MIEUX ÉQUIPÉ..... 4 AUTRES..... 5	MEDICAMENTS ET PRESTATIONS DISPONIBLES .....1 PERSONNELS QUALIFIES .....2 PROXIMITÉ DE LA MAISON ..... 3 MIEUX ÉQUIPÉ..... 4 AUTRES..... 5	MEDICAMENTS ET PRESTATIONS DISPONIBLES .....1 PERSONNELS QUALIFIES .....2 PROXIMITÉ DE LA MAISON ..... 3 MIEUX ÉQUIPÉ..... 4 AUTRES..... 5
129	Aviez-vous été capable de respecter cela, c'est à dire d'amener l'enfant dans un autre centre?	OUI ..... 1 →131 NON ..... 2	OUI ..... 1 →131 NON ..... 2	OUI ..... 1 →131 NON ..... 2

	NOM DE L'ENFANT			
	NUMÉRO D'ORDRE DE L'ENFANT DANS LE MÉNAGE	[ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ]
130	Qu'est-ce qui vous a principalement empêché d'amener l'enfant à ce deuxième recours ?	NE POUVAIS PAS SUPPORTER LE COÛT ADDITIONNEL .....1 NE DISPOSAIS PAS DE TEMPS ..... 2 D' AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE ONT REFUSÉ .....3 NE SAVAIS PAS QUE C' ÉTAIT NÉCESSAIRE .....4 A PREFERE TRAITER A L'INDIGENE.....5 L' ENFANT S'EST SENTI MIEUX JUSTE APRES AVOIR RECU LE CONSEIL.....6	NE POUVAIS PAS SUPPORTER LE COÛT ADDITIONNEL .....1 NE DISPOSAIS PAS DE TEMPS ..... 2 D' AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE ONT REFUSÉ .....3 NE SAVAIS PAS QUE C' ÉTAIT NÉCESSAIRE .....4 A PREFERE TRAITER A L'INDIGENE.....5 L' ENFANT S'EST SENTI MIEUX JUSTE APRES AVOIR RECU LE CONSEIL.....6	NE POUVAIS PAS SUPPORTER LE COÛT ADDITIONNEL .....1 NE DISPOSAIS PAS DE TEMPS ..... 2 D' AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE ONT REFUSÉ .....3 NE SAVAIS PAS QUE C' ÉTAIT NÉCESSAIRE .....4 A PREFERE TRAITER A L'INDIGENE.....5 L' ENFANT S'EST SENTI MIEUX JUSTE APRES AVOIR RECU LE CONSEIL.....6

131	Quand (NOM) est tombé malade, et conduit au centre de soins de santé, qui a décidé de l'amener à l'hôpital ?	LA MÈRE DE L'ENFANT.....1 LE PÈRE DE L'ENFANT .....2 LES MÈRE ET PÈRE .....3 AUTRES MEMBRES DU MENAGE .....4 LE PERSONNEL DE SANTE.....5 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....6 AUTRES .....7	LA MÈRE DE L'ENFANT.....1 LE PÈRE DE L'ENFANT .....2 LES MÈRE ET PÈRE .....3 AUTRES MEMBRES DU MENAGE .....4 LE PERSONNEL DE SANTE.....5 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....6 AUTRES .....7	LA MÈRE DE L'ENFANT.....1 LE PÈRE DE L'ENFANT .....2 LES MÈRE ET PÈRE .....3 AUTRES MEMBRES DU MENAGE .....4 LE PERSONNEL DE SANTE.....5 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....6 AUTRES .....7
132	Qui a amené (NOM) à la formation sanitaire ?	MÈRE DE L'ENFANT .....1 PÈRE DE L'ENFANT .....2 LES MÈRE ET PÈRE .....3 AUTRES MEMBRES DU MENAGE .....4 PERSONNEL DE SANTÉ DU VILLAGE .....5 MEMBRE DE LA COMMUNAUTÉ.....6 AUTRE RELATION .....7	MÈRE DE L'ENFANT .....1 PÈRE DE L'ENFANT .....2 LES MÈRE ET PÈRE .....3 AUTRES MEMBRES DU MENAGE .....4 PERSONNEL DE SANTÉ DU VILLAGE .....5 MEMBRE DE LA COMMUNAUTÉ.....6 AUTRE RELATION .....7	MÈRE DE L'ENFANT .....1 PÈRE DE L'ENFANT .....2 LES MÈRE ET PÈRE .....3 AUTRES MEMBRES DU MENAGE .....4 PERSONNEL DE SANTÉ DU VILLAGE .....5 MEMBRE DE LA COMMUNAUTÉ.....6 AUTRE RELATION .....7
133	Quand (NOM) est tombé malade et au moment où vous avez décidé de l'amener en consultation, combien aviez-vous dépensé en tout ?	<input type="text"/> INSCRIRE LE MONTANT TOTAL SI PAS DE DÉPENSE, INSCRIRE 000000	<input type="text"/> INSCRIRE LE MONTANT TOTAL SI PAS DE DÉPENSE, INSCRIRE 000000	<input type="text"/> INSCRIRE LE MONTANT TOTAL SI PAS DE DÉPENSE, INSCRIRE 000000
134	Etiez-vous capable de payer d'importantes sommes que nécessitaient les soins de santé de (NOM) ?	OUI .....1 NON .....2  ALLEZ A L'ENFANT SUIVANT S'IL EXISTE (Q103); S'IL NEXISTE PAS ALLEZ À LA SECTION SUIVANTE(Q201A)	OUI .....1 NON .....2  ALLEZ A L'ENFANT SUIVANT S'IL EXISTE (Q103); S'IL NEXISTE PAS ALLEZ À LA SECTION SUIVANTE(Q201A)	OUI .....1 NON .....2  ALLEZ A L'ENFANT SUIVANT S'IL EXISTE (Q103); S'IL NEXISTE PAS ALLEZ À LA SECTION SUIVANTE(Q201A)

[Page précédente \(menu principal\)](#)

[Début de cette page](#)

## SECTION 2

*ALLAITEMENT MATERNEL : SEULEMENT POUR DES ENFANTS DE AGES 0 À 2 ANS*

NOUS ALLONS MAINTENANT NOUS INTERESSER A L' ALLAITEMENT MATERNEL DES ENFANTS DE 0 A 2 ANS REVOLUS (0-35 MOIS)				
DRESSER LA LISTE DES ENFANTS DE 0 A 2 ANS ENREGISTRES DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE. PRENDRE LA PEINE DE RELEVER LE NOM ET LE NUMERO D'ORDE DE CHAQUE ENFANT AU DEBUT DE TOUTES LES PAGES DU QUESTIONNAIRE RELATIVES A LA SECTION 2. POSER LES QUESTIONS POUR CHAQUE ENFANT				
N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODE		
201A	NOM DE L'ENFANT			
	NUMÉRO D'ORDRE DE L'ENFANT DANS LE MÉNAGE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
201B	SEXE DE L'ENFANT	MASCULIN .....1	MASCULIN .....1	MASCULIN .....1
		FEMININ .....2	FEMININ .....2	FEMININ .....2
201C	QUEL EST L'ÂGE DE (NOM) EN MOIS ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	INSCRIRE AGE EN MOIS REVOLU			
202	NUMERO D'ORDRE DE LA REPONDANTE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
203	(NOM) a-t-il déjà tété depuis sa naissance ?	OUI .....1	OUI .....1	OUI .....1
		NON .....2 → 215	NON .....2 → 215	NON .....2 → 215
	NSP .....8 → 215	NSP .....8 → 215	NSP .....8 → 215	NSP .....8 → 215
	Combien de temps			

## QUESTIONNAIRE ENFANT

204	après la naissance (NOM) a-t-il été mis au sein ?	IMMÉDIATEMENT.....1 LE PREMIER JOUR.....2 AU DELA D'UN JOUR.....3	IMMÉDIATEMENT.....1 LE PREMIER JOUR.....2 AU DELA D'UN JOUR.....3	IMMÉDIATEMENT.....1 LE PREMIER JOUR.....2 AU DELA D'UN JOUR.....3	
205	Dans les trois jours qui ont suivi la naissance de (NOM), a-t-il continué d'allaiter le liquide jaunâtre qui sortait des seins ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
206A	<b>FILTRE: POUR ENFANT AGES DE MOINS DE 6 MOIS</b> VERIFIEZ Q201C.	SI AGE INFERIEUR A 6 MOIS <input type="checkbox"/> ↓	SI AGE SUPERIEUR OU EGAL A 6 MOIS <input type="checkbox"/> → 206C	SI AGE INFERIEUR A 6 MOIS <input type="checkbox"/> ↓	SI AGE SUPERIEUR OU EGAL A 6 MOIS <input type="checkbox"/> → 206C
206B	A-t-on déjà introduit d'autres aliments/liquides additionnels au lait maternel.	OUI.....1 NON.....2 → 208A	OUI.....1 NON.....2 → 208A	OUI.....1 NON.....2 → 208A	
206C	Quel âge avait (NOM) lorsqu'on a introduit d'autres repas ou boissons additionnels au lait maternel ?	JOURS.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOIS.....2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	JOURS.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOIS.....2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	JOURS.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOIS.....2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
206D	<b>FILTRE POUR ENFANT D'AGE INFERIEUR A 6 ANS:</b> VERIFIEZ 206 C :	SI AGE INFERIEUR A 6 MOIS <input type="checkbox"/> ↓	SI L'AGE SUPERIEUR OU EGAL A 6 MOIS <input type="checkbox"/> → 208A	SI AGE INFERIEUR A 6 MOIS <input type="checkbox"/> ↓	SI L'AGE SUPERIEUR OU EGAL A 6 MOIS <input type="checkbox"/> → 208A
207	Quelle était la principale raison ?	MÈRE ÉTAIT/EST ENCEINTE.....1 MÈRE DÉCÉDÉE.....2 ENFANT PLEURAIT/ ENFANT TENDAIT VERS L' ÂGE APPROPRIÉ AU REPAS.....3 MÈRE ÉTAIT/EST EN MAUVAIS ÉTAT DE SANTÉ.....4 MÈRE TRAVAILLAIT/ TRAVAILLE...5 ENFANT PERDAIT DU POIDS.....6 L'AGE LE PERMETAIT.....7 AUTRES.....8	MÈRE ÉTAIT/EST ENCEINTE.....1 MÈRE DÉCÉDÉE.....2 ENFANT PLEURAIT/ ENFANT TENDAIT VERS L' ÂGE APPROPRIÉ AU REPAS.....3 MÈRE ÉTAIT/EST EN MAUVAIS ÉTAT DE SANTÉ.....4 MÈRE TRAVAILLAIT/ TRAVAILLE...5 ENFANT PERDAIT DU POIDS.....6 L'AGE LE PERMETAIT.....7 AUTRES.....8	MÈRE ÉTAIT/EST ENCEINTE.....1 MÈRE DÉCÉDÉE.....2 ENFANT PLEURAIT/ ENFANT TENDAIT VERS L' ÂGE APPROPRIÉ AU REPAS.....3 MÈRE ÉTAIT/EST EN MAUVAIS ÉTAT DE SANTÉ.....4 MÈRE TRAVAILLAIT/ TRAVAILLE...5 ENFANT PERDAIT DU POIDS.....6 L'AGE LE PERMETAIT.....7 AUTRES.....8	
	NOM DE L'ENFANT				
	NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT DANS LE MÉNAGE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
208A	(NOM) est-il encore allaité au sein ?	OUI.....1 NON.....2 → 213C	OUI.....1 NON.....2 → 213C	OUI.....1 NON.....2 → 213C	
208B	Est ce que c'est vous qui allaitez d'habitude (NOM)	OUI.....1 NON.....2 → 212	OUI.....1 NON.....2 → 212	OUI.....1 NON.....2 → 212	
208C	DEMANDEZ À LA MÈRE D'ALLAITER ET OBSERVEZ LES SIGNES SUIVANTS DE LA POSITION DU BÉBÉ				
209	Qu'observez-vous	MÈRE RELAXE ET CONFORTABLE.....A LE CORPS DE L'ENFANT EST COLLÉ À CELLE DE LA MÈRE.....B LE CORPS DE L'ENFANT EST FACE AU SEIN.....C LE CORPS DE L'ENFANT ET SA TÊTE SONT BIEN DROITS OU BIEN SUPPORTÉS.....D LE COU DE L'ENFANT TOUCHE LE SEIN.....E	MÈRE RELAXE ET CONFORTABLE.....A LE CORPS DE L'ENFANT EST COLLÉ À CELLE DE LA MÈRE.....B LE CORPS DE L'ENFANT EST FACE AU SEIN.....C LE CORPS DE L'ENFANT ET SA TÊTE SONT BIEN DROITS OU BIEN SUPPORTÉS.....D LE COU DE L'ENFANT TOUCHE LE SEIN.....E	MÈRE RELAXE ET CONFORTABLE.....A LE CORPS DE L'ENFANT EST COLLÉ À CELLE DE LA MÈRE.....B LE CORPS DE L'ENFANT EST FACE AU SEIN.....C LE CORPS DE L'ENFANT ET SA TÊTE SONT BIEN DROITS OU BIEN SUPPORTÉS.....D LE COU DE L'ENFANT TOUCHE LE SEIN.....E	
210	Attachement du bébé  QU'OBSERVEZ-VOUS	LA BOUCHE DE L'ENFANT EST LARGEMENT OUVERTE.....A LA LÈVRE INFÉRIEURE TOUR-NÉE VERS L'EXTÉRIEUR.....B BEAUCOUP D'AREOLES AU-DESSUS DE LA BOUCHE DU BÉBÉ.....C BÉBÉ CALME ET EN ALERTE.....D	LA BOUCHE DE L'ENFANT EST LARGEMENT OUVERTE.....A LA LÈVRE INFÉRIEURE TOUR-NÉE VERS L'EXTÉRIEUR.....B BEAUCOUP D'AREOLES AU-DESSUS DE LA BOUCHE DU BÉBÉ.....C BÉBÉ CALME ET EN ALERTE.....D	LA BOUCHE DE L'ENFANT EST LARGEMENT OUVERTE.....A LA LÈVRE INFÉRIEURE TOUR-NÉE VERS L'EXTÉRIEUR.....B BEAUCOUP D'AREOLES AU-DESSUS DE LA BOUCHE DU BÉBÉ.....C BÉBÉ CALME ET EN ALERTE.....D	
211	Depuis hier à la même heure (Indiquer l'heure de l'interview) combien de fois aviez-vous allaité (NOM) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> INSCRIRE LE NOMBRE DE FOIS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> INSCRIRE LE NOMBRE DE FOIS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> INSCRIRE LE NOMBRE DE FOIS	

## QUESTIONNAIRE ENFANT

212	Depuis hier à la même heure (INDIQUER L'HEURE DE L'INTERVIEW) est-ce que (NOM) a reçu quelque chose à boire d'une bouteille avec la tétine ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8
213A	Quels repas ou boissons donnez-vous à (NOM) en addition au lait maternel ?	FRUITS ET JUS OU FRUITS ET LÉGUMES ÉCRASÉS ..... A EAU CLAIRE ..... B EAU SUCRÉE/ À LA VANILLE, THÉ CLAIR/ GLACÉ OU GLUCOSE ..... C THÉ AU LAIT ..... D GRUAU (PHOSPHATINE) ..... E PURÉE ..... F PURÉE ENRICHIE ..... G	FRUITS ET JUS OU FRUITS ET LÉGUMES ÉCRASÉS ..... A EAU CLAIRE ..... B EAU SUCRÉE/ À LA VANILLE, THÉ CLAIR/ GLACÉ OU GLUCOSE ..... C THÉ AU LAIT ..... D GRUAU (PHOSPHATINE) ..... E PURÉE ..... F PURÉE ENRICHIE ..... G	FRUITS ET JUS OU FRUITS ET LÉGUMES ÉCRASÉS ..... A EAU CLAIRE ..... B EAU SUCRÉE/ À LA VANILLE, THÉ CLAIR/ GLACÉ OU GLUCOSE ..... C THÉ AU LAIT ..... D GRUAU (PHOSPHATINE) ..... E PURÉE ..... F PURÉE ENRICHIE ..... G
213B	<b>FILTRE</b> VERIFIEZ 208 :	SI 'I' EN CERCLE <input type="checkbox"/> ↳201A(ENFANT SUIVANT) ↳300A(SECTION SUIVAN- TE SI PLUS D'ENFANT	SI 'I' EN CERCLE <input type="checkbox"/> ↳201A(ENFANT SUIVANT) ↳300A(SECTION SUIVAN- D'ENFANT	SI 'I' EN CERCLE <input type="checkbox"/> ↳201A(ENFANT SUIVANT) ↳300A(SECTION SUIVAN- TE SI PLUS D'ENFANT
213C	A quel âge a-t-on arrêté d'allaiter (NOM) INCRIRE L'AGE EN MOIS REVOLU	□□□	□□□	□□□
	NOM DE L'ENFANT			
	NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT DANS LE MÉNAGE	□□	□□	□□
214A	Pour quelle principale raison on n'allaite plus (NOM)	MÈRE N' AVAIT/N' A PAS ASSEZ DE LAIT ..... 1 MÈRE ÉTAIT/ EST EN MAUVAIS ÉTAT DE SANTÉ ..... 2 PROTÉGEAIT L'ENFANT CONTRE LE HIV/SIDA ..... 3 MÈRE ÉTAIT/EST ENCEINTE ..... 4 MÈRE TRAVAILLAIT/ TRAVAILLE ..... 5 MÈRE DÉCÉDÉE ..... 6 L'ENFANT AVAIT L'ÂGE DE SEVRAGE NORMAL ..... 7	MÈRE N' AVAIT/N' A PAS ASSEZ DE LAIT ..... 1 MÈRE ÉTAIT/ EST EN MAUVAIS ÉTAT DE SANTÉ ..... 2 PROTÉGEAIT L'ENFANT CONTRE LE HIV/SIDA ..... 3 MÈRE ÉTAIT/EST ENCEINTE ..... 4 MÈRE TRAVAILLAIT/ TRAVAILLE ..... 5 MÈRE DÉCÉDÉE ..... 6 L'ENFANT AVAIT L'ÂGE DE SEVRAGE NORMAL ..... 7	MÈRE N' AVAIT/N' A PAS ASSEZ DE LAIT ..... 1 MÈRE ÉTAIT/ EST EN MAUVAIS ÉTAT DE SANTÉ ..... 2 PROTÉGEAIT L'ENFANT CONTRE LE HIV/SIDA ..... 3 MÈRE ÉTAIT/EST ENCEINTE ..... 4 MÈRE TRAVAILLAIT/ TRAVAILLE ..... 5 MÈRE DÉCÉDÉE ..... 6 L'ENFANT AVAIT L'ÂGE DE SEVRAGE NORMAL ..... 7
214B	(NOM) a-t-il reçu le biberon comme substitut au lait maternel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
214C	<b>FILTRE :</b> VERIFIEZ 203.	SI 'I' EN CERCLE <input type="checkbox"/> ↳201A(ENFANT SUIVANT) ↳300A(SECTION SUIVAN- TE SI PLUS D'ENFANT)	SI 'I' EN CERCLE <input type="checkbox"/> ↳201A(ENFANT SUIVANT) ↳300A(SECTION SUIVAN- D'ENFANT)	SI 'I' EN CERCLE <input type="checkbox"/> ↳201A(ENFANT SUIVANT) ↳300A(SECTION SUIVAN- TE SI PLUS D'ENFANT
215	Quelle est la principale raison pour laquelle (NOM) n'a pas été nourri au sein ?	MÈRE N' AVAIT/N' A PAS ASSEZ DE LAIT ..... 1 MÈRE NE POUVAIT PAS ALLAITER À CAUSE D'UNE MALADIE MENTALE OU DE DOULEUR AU MAMELON ..... 2 MÈRE ÉTAIT/ EST EN MAUVAIS ÉTAT DE SANTÉ ..... 3 PROTÉGEAIT L'ENFANT CONTRE LE HIV/SIDA ..... 4 MÈRE TRAVAILLAIT/ TRAVAILLE ..... 5 MÈRE DÉCÉDÉE ..... 6	MÈRE N' AVAIT/N' A PAS ASSEZ DE LAIT ..... 1 MÈRE NE POUVAIT PAS ALLAITER À CAUSE D'UNE MALADIE MENTALE OU DE DOULEUR AU MAMELON ..... 2 MÈRE ÉTAIT/ EST EN MAUVAIS ÉTAT DE SANTÉ ..... 3 PROTÉGEAIT L'ENFANT CONTRE LE HIV/SIDA ..... 4 MÈRE TRAVAILLAIT/ TRAVAILLE ..... 5 MÈRE DÉCÉDÉE ..... 6	MÈRE N' AVAIT/N' A PAS ASSEZ DE LAIT ..... 1 MÈRE NE POUVAIT PAS ALLAITER À CAUSE D'UNE MALADIE MENTALE OU DE DOULEUR AU MAMELON ..... 2 MÈRE ÉTAIT/ EST EN MAUVAIS ÉTAT DE SANTÉ ..... 3 PROTÉGEAIT L'ENFANT CONTRE LE HIV/SIDA ..... 4 MÈRE TRAVAILLAIT/ TRAVAILLE ..... 5 MÈRE DÉCÉDÉE ..... 6
216A	Quelqu'un vous a-t-il encouragé de donner le biberon comme substitut du lait maternel à (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SE SOUVIENT PLUS. 8↳Q201A (ENF. SUIV.) ET S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT→Q300A (SECT. SUIV.)	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SE SOUVIENT PLUS. 8↳Q201A (ENF. SUIV.) ET S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT→Q300A (SECT. SUIV.)	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SE SOUVIENT PLUS. 8↳Q201A (ENF. SUIV.) ET S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT→Q300A (SECT. SUIV.)
216B	<b>FILTRE</b> VERIFIEZ 216 A :	SI 'I' EN CERCLE <input type="checkbox"/> SINON ↳201A(ENF SUIV) ↳300A(SECT. SUIV SI PLUS	SI 'I' EN CERCLE <input type="checkbox"/> SINON ↳201A(ENF SUIV) ↳300A(SECT. SUIV SI PLUS	SI 'I' EN CERCLE <input type="checkbox"/> SINON ↳201A(ENF SUIV) ↳300A(SECT. SUIV SI PLUS

## QUESTIONNAIRE ENFANT

		D'ENFANT.)			D'ENFANT)			D'ENFANT)		
217A	Qui vous a le plus encouragé ?	MARI .....	1	MARI .....	1	MARI .....	1	MARI .....	1	
		MÈRE .....	2	MÈRE .....	2	MÈRE .....	2	MÈRE .....	2	
		BELLE-MÈRE .....	3	BELLE-MÈRE .....	3	BELLE-MÈRE .....	3	BELLE-MÈRE .....	3	
		AUTRE MEMBRE DE LA FAMILLE .....	4	AUTRE MEMBRE DE LA FAMILLE .....	4	AUTRE MEMBRE DE LA FAMILLE .....	4	AUTRE MEMBRE DE LA FAMILLE .....	4	
		PRATICIEN DE LA SANTÉ .....	5	PRATICIEN DE LA SANTÉ .....	5	PRATICIEN DE LA SANTÉ .....	5	PRATICIEN DE LA SANTÉ .....	5	
		TRAVAILLEUR DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .....	6	TRAVAILLEUR DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .....	6	TRAVAILLEUR DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .....	6	TRAVAILLEUR DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .....	6	
		LEADER TRADITIONNEL .....	7	LEADER TRADITIONNEL .....	7	LEADER TRADITIONNEL .....	7	LEADER TRADITIONNEL .....	7	
		VOISIN OU AMIS .....	8	VOISIN OU AMIS .....	8	VOISIN OU AMIS .....	8	VOISIN OU AMIS .....	8	
		MÉDIA (RADIO/ TÉLÉVISION/ PRESSE) .....	9	MÉDIA (RADIO/ TÉLÉVISION/ PRESSE) .....	9	MÉDIA (RADIO/ TÉLÉVISION/ PRESSE) .....	9	MÉDIA (RADIO/ TÉLÉVISION/ PRESSE) .....	9	
		AUTRE .....	10	AUTRE .....	10	AUTRE .....	10	AUTRE .....	10	
		PERSONNE .....	11	PERSONNE .....	11	PERSONNE .....	11	PERSONNE .....	11	
217B		ENFANT SUIVANT(C.A.D Q201A). SI PLUS D'ENFANT, SECTION SUIVANTE (C.A.D Q300A)			ENFANT SUIVANT(C.A.D Q201A). SI PLUS D'ENFANT, SECTION SUIVANTE (C.A.D Q300A)			ENFANT SUIVANT(C.A.D Q201A). SI PLUS D'ENFANT, SECTION SUIVANTE (C.A.D Q300A)		

[Page précédente \(menu principal\)](#)

**Début de cette page**

### SECTION 3: NUTRITION

NOUS ALLONS MAINTENANT PARLER DE LA FACON DONT LES ENFANTS DE 0 A 59 MOIS SONT NOURRIS ET ENTRETENUS A LA MAISON DRESSER LA LISTE DES ENFANTS DE 0 A 59 MOIS ENREGISTRES DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE . POSER LA QUESTION POUR CHAQUE ENFANT					
N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODE			
300A	NOM DE L'ENFANT				
	NUMERO D'ORDRE DE L'ENFANT DANS LE MENAGE	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	
300B	NUMERO D'ORDRE DU REpondANT	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	
301A	Qui a la charge de garder (NOM) pendant la journée ?	<b>RELATION PROCHE</b>	<b>RELATION PROCHE</b>	<b>RELATION PROCHE</b>	
		MÈRE .....	1 1	MÈRE .....	1 1
		PÈRE .....	1 2	PÈRE .....	1 2
		ONCLE/TANTE .....	1 3	ONCLE/TANTE .....	1 3
		GRANDS-PARENTS .....	14	GRANDS-PARENTS .....	14
		FRÈRES .....	15	FRÈRES .....	15
		SŒURS .....	16	SŒURS .....	16
		<b>AUTRES PERSONNES</b>		<b>AUTRES PERSONNES</b>	
		VOISIN .....	21	VOISIN .....	21
		AMI .....	22	AMI .....	22
		DOMESTIQUE .....	23	DOMESTIQUE .....	23
AUTRES .....	24	AUTRES .....	24		
301B	Quel est l'âge de cette personne	<b>PERSONNES ÂGÉES DE 60 ET + .....</b>	<b>PERSONNES ÂGÉES DE 60 ET + .....</b>	<b>PERSONNES ÂGÉES DE 60 ET + .....</b>	
		1	1	1	
		<b>PERSONNES DE 13-59 ANS .....</b>	<b>PERSONNES DE 13-59 ANS .....</b>	<b>PERSONNES DE 13-59 ANS .....</b>	
		2	2	2	
<b>PERSONNES DE 8-12 ANS .....</b>	<b>PERSONNES DE 8-12 ANS .....</b>	<b>PERSONNES DE 8-12 ANS .....</b>			
3	3	3			
<b>PERSONNES DE MOINS DE 8 ANS .....</b>	<b>PERSONNES DE MOINS DE 8 ANS .....</b>	<b>PERSONNES DE MOINS DE 8 ANS .....</b>			
4	4	4			
302	Quels ustensiles utilisez-vous d'habitude pour nourrir (NOM) ?	BIBERON AVEC TÉTINE ....	BIBERON AVEC TÉTINE ....	BIBERON AVEC TÉTINE ....	
		1	1	1	
		GOBELET/PLAT AVEC LA CUILLÈRE /BOL .....	GOBELET/PLAT AVEC LA CUILLÈRE /BOL .....	GOBELET/PLAT AVEC LA CUILLÈRE /BOL .....	
2	2	2			
AUTRES .....	AUTRES .....	AUTRES .....			
3	3	3			
303	(NOM) mange -t-il dans un plat individuel	PLAT INDIVIDUEL .....	PLAT INDIVIDUEL .....	PLAT INDIVIDUEL .....	
		1	1	1	
PLAT COMMUN .....	PLAT COMMUN .....	PLAT COMMUN .....			
2	2	2			

## QUESTIONNAIRE ENFANT

	ou en commun avec les autres membres du ménage ?	ALLAITÉ..... .....3→309A	ALLAITÉ..... .....3→309A	ALLAITÉ..... .....3→309A
304	Assistez-vous ( ou autre personne à charge) d'habitude (NOM) pendant ses repas ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
305	Comment vous assurez-vous que (NOM) mange assez ?	EN LUI DONNANT SUFFISAMMENT DE NOURRITURE JUSQU'À CE QU'IL REFUSE ..... 1 EN PARLANT AVEC (NOM) PENDANT LES REPAS ..... 2 EN LUI PERMETTANT DE MANGER À SON RYTHME .....3 EN LUI DONNANT LA QUANTITE JUGEE NECESSAIRE ..... 4	EN LUI DONNANT SUFFISAMMENT DE NOURRITURE JUSQU'À CE QU'IL REFUSE ..... 1 EN PARLANT AVEC (NOM) PENDANT LES REPAS ..... 2 EN LUI PERMETTANT DE MANGER À SON RYTHME .....3 EN LUI DONNANT LA QUANTITE JUGEE NECESSAIRE ..... 4	EN LUI DONNANT SUFFISAMMENT DE NOURRITURE JUSQU'À CE QU'IL REFUSE ..... 1 EN PARLANT AVEC (NOM) PENDANT LES REPAS ..... 2 EN LUI PERMETTANT DE MANGER À SON RYTHME .....3 EN LUI DONNANT LA QUANTITE JUGEE NECESSAIRE ..... 4
	NOM DE L'ENFANT			
	NUMÉRO D'ORDRE DE L'ENFANT DANS LE MÉNAGE	□□□	□□□	□□□
306	Quand (NOM) refuse de manger, que faites-vous pour le persuader ?	LUI DONNE DE PETITS CADEAUX TELS LE SUCRE APRÈS QU'IL AIT MANGÉ .....1 INSISTE POUR QU'IL EN PRENNE UN PEU ..... 2 LE NOURRIT AVEC D'AUTRES ENFANTS DANS LA MÊME ASSIETTE ..... 3 LUI FAIT DES ÉLOGES / PROMESSE ..... 4 LUI DONNE FRÉQUEMMENT DES STIMULANTS EN ÉLÉMENTS NUTRITIFS SUIVANT UN INTERVALLE DONNÉ ..... 5 GRONDE L'ENFANT ..... 6 FRAPPE/PINCE L'ENFANT .....7 LAISSE L'ENFANT JUSQU'À CE QU'IL AIT FAIM OU PLEURE DE FAIM ..... 8 CHANTE À L'ENFANT ..... 9 AUTRES .....10	LUI DONNE DE PETITS CADEAUX TELS LE SUCRE APRÈS QU'IL AIT MANGÉ .....1 INSISTE POUR QU'IL EN PRENNE UN PEU ..... 2 LE NOURRIT AVEC D'AUTRES ENFANTS DANS LA MÊME ASSIETTE ..... 3 LUI FAIT DES ÉLOGES / PROMESSE ..... 4 LUI DONNE FRÉQUEMMENT DES STIMULANTS EN ÉLÉMENTS NUTRITIFS SUIVANT UN INTERVALLE DONNÉ ..... 5 GRONDE L'ENFANT ..... 6 FRAPPE/PINCE L'ENFANT .....7 LAISSE L'ENFANT JUSQU'À CE QU'IL AIT FAIM OU PLEURE DE FAIM ..... 8 CHANTE À L'ENFANT ..... 9 AUTRES .....10	LUI DONNE DE PETITS CADEAUX TELS LE SUCRE APRÈS QU'IL AIT MANGÉ .....1 INSISTE POUR QU'IL EN PRENNE UN PEU ..... 2 LE NOURRIT AVEC D'AUTRES ENFANTS DANS LA MÊME ASSIETTE ..... 3 LUI FAIT DES ÉLOGES / PROMESSE ..... 4 LUI DONNE FRÉQUEMMENT DES STIMULANTS EN ÉLÉMENTS NUTRITIFS SUIVANT UN INTERVALLE DONNÉ ..... 5 GRONDE L'ENFANT ..... 6 FRAPPE/PINCE L'ENFANT .....7 LAISSE L'ENFANT JUSQU'À CE QU'IL AIT FAIM OU PLEURE DE FAIM ..... 8 CHANTE À L'ENFANT ..... 9 AUTRES .....10
307	L'enfant mange-t-il la même nourriture que les autres membres du ménage ou prépare-t-on son repas à part	MÊME REPAS TOUT LE TEMPS..... 1→309A MÊME REPAS DE TEMPS EN TEMPS ..... 2→309A REPAS À PART .....3	MÊME REPAS TOUT LE TEMPS..... 1→309A MÊME REPAS DE TEMPS EN TEMPS ..... 2→309A REPAS À PART .....3	MÊME REPAS TOUT LE TEMPS..... 1→309A MÊME REPAS DE TEMPS EN TEMPS ..... 2→309A REPAS À PART .....3
308A	Qui prépare d'habitude la nourriture de (NOM) ?	<b>RELATION PROCHE</b> MÈRE .....11 PÈRE .....1 2 ONCLE/TANTE .....1 3 GRANDS-PARENTS .....14 FRÈRES .....15 SŒURS .....16 <b>AUTRES PERSONNES</b> VOISIN .....21 AMI .....22 DOMESTIQUE .....23	<b>RELATION PROCHE</b> MÈRE .....1 1 PÈRE .....1 2 ONCLE/TANTE .....1 3 GRANDS-PARENTS .....14 FRÈRES .....15 SŒURS .....16 <b>AUTRES PERSONNES</b> VOISIN .....21 AMI .....22 DOMESTIQUE .....23	<b>RELATION PROCHE</b> MÈRE .....1 1 PÈRE .....1 2 ONCLE/TANTE .....1 3 GRANDS-PARENTS .....14 FRÈRES .....15 SŒURS .....16 <b>AUTRES PERSONNES</b> VOISIN .....21 AMI .....22 DOMESTIQUE .....23

## QUESTIONNAIRE ENFANT

		AUTRES _____ 24	AUTRES _____ 24	AUTRES _____ 24
308B	Quel est l'âge de cette personne ?	PERSONNES ÂGÉES DE 60 ET + .....1 PERSONNES DE 13-59 ANS.....2 PERSONNES DE 8-12 ANS .....3 PERSONNES DE MOINS DE 8 ANS .....4	PERSONNES ÂGÉES DE 60 ET + .....1 PERSONNES DE 13-59 ANS.....2 PERSONNES DE 8-12 ANS .....3 PERSONNES DE MOINS DE 8 ANS .....4	PERSONNES ÂGÉES DE 60 ET + .....1 PERSONNES DE 13-59 ANS.....2 PERSONNES DE 8-12 ANS .....3 PERSONNES DE MOINS DE 8 ANS .....4
	Nom de l'enfant			
	Numéro d'ordre de l'enfant dans le ménage	□□□	□□□	□□□
309A	Qui administre d'habitude le traitement de (NOM) lorsqu'il est malade ?	<b>RELATION PROCHE</b> MÈRE .....11 PÈRE .....12 ONCLE/TANTE .....13 GRANDS-PARENTS .....14 FRÈRES .....15 SŒURS .....16 <b>AUTRES PERSONNES</b> VOISIN .....21 AMI .....22 DOMESTIQUE .....23 AUTRES _____24	<b>RELATION PROCHE</b> MÈRE .....1 1 PÈRE .....1 2 ONCLE/TANTE .....1 3 GRANDS-PARENTS .....14 FRÈRES .....15 SŒURS .....16 <b>AUTRES PERSONNES</b> VOISIN .....21 AMI .....22 DOMESTIQUE .....23 AUTRES _____24	<b>RELATION PROCHE</b> MÈRE .....11 PÈRE .....12 ONCLE/TANTE .....13 GRANDS-PARENTS .....14 FRÈRES .....15 SŒURS .....16 <b>AUTRES PERSONNES</b> VOISIN .....21 AMI .....22 DOMESTIQUE .....23 AUTRES _____24
309B	Quel est l'âge de cette personne ?	PERSONNES ÂGÉES DE 60 ET + .....1 PERSONNES DE 13-59 ANS .....2 PERSONNES DE 8-12 ANS .....3 PERSONNES DE MOINS DE 8 ANS .....4	PERSONNES ÂGÉES DE 60 ET + .....1 PERSONNES DE 13-59 ANS .....2 PERSONNES DE 8-12 ANS .....3 PERSONNES DE MOINS DE 8 ANS .....4	PERSONNES ÂGÉES DE 60 ET + .....1 PERSONNES DE 13-59 ANS .....2 PERSONNES DE 8-12 ANS .....3 PERSONNES DE MOINS DE 8 ANS .....4
310A	Qui nettoie d'habitude (NOM) après les selles ?	<b>RELATION PROCHE</b> MÈRE .....11 PÈRE .....12 ONCLE/TANTE .....13 GRANDS-PARENTS .....14 FRÈRES .....15 SŒURS .....16 <b>AUTRES PERSONNES</b> VOISIN .....21 AMI .....22 DOMESTIQUE .....23 AUTRES _____24	<b>RELATION PROCHE</b> MÈRE .....11 PÈRE .....12 ONCLE/TANTE .....13 GRANDS-PARENTS .....14 FRÈRES .....15 SŒURS .....16 <b>AUTRES PERSONNES</b> VOISIN .....21 AMI .....22 DOMESTIQUE .....23 AUTRES _____24	<b>RELATION PROCHE</b> MÈRE .....11 PÈRE .....12 ONCLE/TANTE .....13 GRANDS-PARENTS .....14 FRÈRES .....15 SŒURS .....16 <b>AUTRES PERSONNES</b> VOISIN .....21 AMI .....22 DOMESTIQUE .....23 AUTRES _____24
310B	Quel est l'âge de cette personne ?	PERSONNES ÂGÉES DE 60 ET + .....1 PERSONNES DE 13-59 ANS .....2 PERSONNES DE 8-12 ANS .....3 PERSONNES DE MOINS DE 8 ANS .....4	PERSONNES ÂGÉES DE 60 ET + .....1 PERSONNES DE 13-59 ANS .....2 PERSONNES DE 8-12 ANS .....3 PERSONNES DE MOINS DE 8 ANS .....4	PERSONNES ÂGÉES DE 60 ET + .....1 PERSONNES DE 13-59 ANS .....2 PERSONNES DE 8-12 ANS .....3 PERSONNES DE MOINS DE 8 ANS .....4
311	(NOM) dort-t-il seul sur son lit ?	OUI .....1 → 312B NON .....2	OUI .....1 → 312B NON .....2	OUI .....1 → 312B NON .....2

NOM DE L'ENFANT

NUMÉRO D'ORDRE

	DE L'ENFANT DANS LE MÉNAGE	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]
312A	Avec qui (NOM) a dormi la nuit dernière ?	<b>RELATION PROCHE</b> PÈRE/MÈRE ..... 1 ONCLE / TANTE ..... 2 GRANDS-PARENTS ..... 4 FRÈRE/SŒURS ..... 5 <b>AUTRES PERSONNES</b> VOISIN ..... 6 AMI ..... 7 DOMESTIQUE ..... 8 AUTRES ..... 9	<b>RELATION PROCHE</b> PÈRE/MÈRE ..... 1 ONCLE / TANTE ..... 2 GRANDS-PARENTS ..... 4 FRÈRE/SŒURS ..... 5 <b>AUTRES PERSONNES</b> VOISIN ..... 6 AMI ..... 7 DOMESTIQUE ..... 8 AUTRES ..... 9	<b>RELATION PROCHE</b> PÈRE/MÈRE ..... 1 ONCLE / TANTE ..... 2 GRANDS-PARENTS ..... 4 FRÈRE/SŒURS ..... 5 <b>AUTRES PERSONNES</b> VOISIN ..... 6 AMI ..... 7 DOMESTIQUE ..... 8 AUTRES ..... 9
312B	(NOM) dort-il habituellement sous une moustiquaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
312C		ALLEZ A L'ENFANT SUIVANT. SI PLUS D'ENFANT ALLEZ A LA SECTION SUIVANTE (400A)	ALLEZ A L'ENFANT SUIVANT. SI PLUS D'ENFANT ALLEZ A LA SECTION SUIVANTE (400A)	ALLEZ A L'ENFANT SUIVANT. SI PLUS D'ENFANT ALLEZ A LA SECTION SUIVANTE (400A)

[Page précédente \(menu principal\)](#)

[Début de cette page](#)

### SECTION 4: VACCINATION DES ENFANTS

NOUS ALLONS MAINTENANT PARLER DE LA VACCINATION DES ENFANTS DES ENFANTS DE 0 A 59 MOIS				
DRESSER LA LISTE DES ENFANTS DE 0 A 59MOIS IDENTIFIES DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE . PRENDRE LA PEINE DE REVELER LE NOM ET LE NUMERO D'ORDRE DE CHAQUE ENFANT AU DEBUT DE TOUTES LES PAGES DU QUESTIONNAIRE RELATIVES A LA SECTION 4. POSER LES QUESTIONS POUR CHAQUE ENFANT				
N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODE		
400A	NOM DE L'ENFANT			
400A	NUMERO D'ORDRE DE L'ENFANT DANS LE MENAGE	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]
400B	Sexe de l'enfant	MASCULIN ..... 1 FEMININ ..... 2	MASCULIN ..... 1 FEMININ ..... 2	MASCULIN ..... 1 FEMININ ..... 2
400C	Quel est l'âge de (NOM) INSCRIRE AGE EN MOIS REVOLU	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]
400D	NUMERO D'ORDRE DE LA REpondante	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]
401A	Avez-vous un carnet ou un document pouvant nous informer sur la vaccination de (NOM) ?	OUI CARNET VU ..... 1 OUI CARNET NON VU .... 2 → 403 NON ..... 3 → 403  SI OUI CARNET VU, INDIQUER CORRECTEMENT LA DOSE REÇUE.,(REPLIR LE TABLEAU)	OUI CARNET VU ..... 1 OUI CARNET NON VU .... 2 → 403 NON ..... 3 → 403  SI OUI CARNET VU, INDIQUER CORRECTEMENT LA DOSE REÇUE.,(REPLIR LE TABLEAU)	OUI CARNET VU ..... 1 OUI CARNET NON VU .... 2 → 403 NON ..... 3 → 403  SI OUI CARNET VU, INDIQUER CORRECTEMENT LA DOSE REÇUE.,(REPLIR LE TABLEAU)
	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION DE CHAQUE VACCIN ? A PARTIR DE LA CARTE/CARNET (2) NOTER '44' DANS LA COL. JOUR, SI LA CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ETE FAIT			

QUESTIONNAIRE ENFANT

401B	MAIS QUE LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE						
	BCG	BCG	J M A	BCG	J M A	BCG	J M A
	POLIO 0 (A LA NAISSANCE)	P0		P0		P0	
	POLIO 1	P1		P1		P1	
	POLIO 2	P2		P2		P2	
	POLIO 3	P3		P3		P3	
	DTCOQ 1	D1		D1		D1	
	DTCOQ 2	D2		D2		D2	
	DTCOQ 3	D3		D3		D3	
	ROUGEOLE	ROU		ROU		ROU	
	FIEVRE JAUNE	FJ		FJ		FJ	

	NOM DE L'ENFANT			
	NUMÉRO D'ORDRE DE L'ENFANT DANS LE MÉNAGE	□□□	□□□	□□□
401C	(NOM) a-t-il reçu d'autres vaccins non mentionnés dans le carnet ? ENREGISTRER 'OU' SEULEMENT SI L'ENQUETEE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ROUGEOLE, FIEVRE JAUNE ET /OU HEPATITE	OUI ..... 1 (SI OUI INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET NOTER '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 401B) NON ..... 2 NSP ..... 3	OUI ..... 1 (SI OUI INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET NOTER '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 401B) NON ..... 2 NSP ..... 3	OUI ..... 1 (SI OUI INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET NOTER '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 401B) NON ..... 2 NSP ..... 3
402	Jour de naissance	NAIS J M A □□□□□□□□	NAIS J M A □□□□□□□□	NAIS J M A □□□□□□□□
403	(NOM) a-t-il reçu une capsule de vitamine A comme celle-ci ?	OUI .....1 NON ..... 2 → 407 NE SE SOUVIENT PLUS .....8→ 407	OUI .....1 NON ..... 2 → 407 NE SE SOUVIENT PLUS .....8→ 407	OUI .....1 NON ..... 2 → 407 NE SE SOUVIENT PLUS .....8→ 407
404	Depuis combien de mois (NOM) a-t-il reçu la dernière dose ?	□□□ INSCRIRE LE NOMBRE DE MOIS (INSCRIRE 88 SI NSP)	□□□ INSCRIRE LE NOMBRE DE MOIS (INSCRIRE 88 SI NSP)	□□□ INSCRIRE LE NOMBRE DE MOIS (INSCRIRE 88 SI NSP)
405	A quelle occasion (NOM) a-t-il reçu la dernière dose ?	VISITE INFANTILE AU CENTRE DE SANTÉ .....1 CONSULTATION AU CENTRE DE SANTÉ ..... 2 PENDANT LES JOURNÉES NATIONALES DE VACCINATION ..... 3 AUTRES ..... 4 NSP ..... 8	VISITE INFANTILE AU CENTRE DE SANTÉ .....1 CONSULTATION AU CENTRE DE SANTÉ ..... 2 PENDANT LES JOURNÉES NATIONALES DE VACCINATION ..... 3 AUTRES ..... 4 NSP ..... 8	VISITE INFANTILE AU CENTRE DE SANTÉ .....1 CONSULTATION AU CENTRE DE SANTÉ ..... 2 PENDANT LES JOURNÉES NATIONALES DE VACCINATION ..... 3 AUTRES ..... 4 NSP ..... 8
407	<b>FILTRE</b> VERIFIER 401A :	CARNET NON VU  CARNET VU  414	CARNET NON VU  CARNET VU  414	CARNET NON VU  CARNET VU  414
	(NOM) a-t-il déjà reçu un "vaccin en injection"	OUI .....1	OUI .....1	OUI .....1

QUESTIONNAIRE ENFANT

408	c'est-à-dire une injection au bras pour le prévenir contre le tétanos, la tuberculose et la diphtérie ?	NON.....2→410 NSP / NE SE SOUVIENT PLUS.....8 →410	NON.....2→410 NSP / NE SE SOUVIENT PLUS.....8 →410	NON .....2→410 NSP / NE SE SOUVIENT PLUS.....8 →410
409	Combien de ces injections (NOM) a-t-il reçues ?	<input type="text"/> INSCRIRE LE NOMBRE D'INJECTIONS INSCRIRE 8 SI NE SE SOUVIENT PLUS	<input type="text"/> INSCRIRE LE NOMBRE D'INJECTIONS INSCRIRE 8 SI NE SE SOUVIENT PLUS	<input type="text"/> INSCRIRE LE NOMBRE D'INJECTIONS INSCRIRE 8 SI NE SE SOUVIENT PLUS
410	(NOM) a-t-il reçu le vaccin en gouttes dans la bouche pour le protéger contre la polio ?	OUI .....1 NON .....2 ↗ NSP / NE SE SOUVIENT PLUS .....8 ↘ Q413A	OUI .....1 NON .....2 ↗ NSP / NE SE SOUVIENT PLUS .....8 ↘ Q413A	OUI .....1 NON .....2 ↗ NSP / NE SE SOUVIENT PLUS .....8 ↘ Q413A
	NOM DE L'ENFANT			
	NUMÉRO D'ORDRE DE L'ENFANT DANS LE MÉNAGE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
411	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il a reçu les gouttes contre la polio ?	<input type="text"/> INSCRIRE ÂGE EN MOIS 88 SI NSP/NE SOUVIENT PLUS	<input type="text"/> INSCRIRE ÂGE EN MOIS 88 SI NSP/NE SOUVIENT PLUS	<input type="text"/> INSCRIRE ÂGE EN MOIS 88 SI NSP/NE SOUVIENT PLUS
412	Combien de fois (NOM) a-t-il reçu ces gouttes contre la polio ?	<input type="text"/> INSCRIRE 8 SI NSP/NE SOUVIENT PLUS	<input type="text"/> INSCRIRE 8 SI NSP/NE SOUVIENT PLUS	<input type="text"/> INSCRIRE 8 SI NSP/NE SOUVIENT PLUS
413A	<u>FILTRE POUR ENFANT D'ÂGE INFÉRIEUR OU ÉGAL A 9 MOIS:</u> VERIFIEZ LA QUESTION 400C	SI AGE SUP OU EGAL A 9 MOIS <input type="checkbox"/> SI AGE INF A 9 MOIS <input type="checkbox"/> →414	SI AGE SUP OU EGAL A 9 MOIS <input type="checkbox"/> SI AGE INF A 9 MOIS <input type="checkbox"/> →414	SI AGE SUP OU EGAL A 9 MOIS <input type="checkbox"/> SI AGE INF A 9 MOIS <input type="checkbox"/> →414
413B	(NOM) a-t-il reçu un vaccin en injection, c'est-à-dire une injection au bras à 9 mois ou plus pour le protéger contre la rougeole ?	OUI .....1 NON .....2 NSP/NE SE SOUVIENT PLUS .....8	OUI .....1 NON .....2 NSP/NE SE SOUVIENT PLUS .....8	OUI .....1 NON .....2 NSP/NE SE SOUVIENT PLUS .....8
414	(NOM) a-t-il été vacciné pendant les journées Nationales de vaccination ?	OUI .....1 NON .....2 NSP/NE SE SOUVIENT PLUS .....8	OUI .....1 NON .....2 NSP/NE SE SOUVIENT PLUS .....8	OUI .....1 NON .....2 NSP/NE SE SOUVIENT PLUS .....8
415		ALLEZ A L'ENFANT SUIVANT. SI PLUS D'ENFANT ALLEZ A LA SECTION SUIVANTE (501A)	ALLEZ A L'ENFANT SUIVANT. SI PLUS D'ENFANT ALLEZ A LA SECTION SUIVANTE (501A)	ALLEZ A L'ENFANT SUIVANT. SI PLUS D'ENFANT ALLEZ A LA SECTION SUIVANTE (501A)

[Page précédente \(menu principal\)](#)

[Début de cette page](#)

SECTION 5: MESURES ANTHROPOMETRIQUES

501B	S'IL VOUS PLAÎT, VOUS VOUDRIEZ BIEN NOUS PERMETTRE DE PRENDRE LE POIDS ET LA TAILLE DE (NOM), CECI SERVIRA À MIEUX APPRÉCIER SON ÉTAT NUTRITIONNEL.		
	NOM DE L'ENFANT		

## QUESTIONNAIRE ENFANT

501A	NUMÉRO D'ORDRE DE L'ENFANT DANS LE MÉNAGE			
502A	TAILLE (EN CENTIMÈTRE)	,	,	,
502B	L'ENFANT A-T-IL ÉTÉ MESURÉ COUCHÉ OU DEBOUT ?	COUCHE ..... 1 DEBOUT ..... 2	COUCHE ..... 1 DEBOUT ..... 2	COUCHE ..... 1 DEBOUT ..... 2
503	POIDS ( EN KILOGRAMMES)	,	,	,
504A	MESURE DU TOUR DU BRAS ( EN CENTIMETRE)	,	,	,
504B	REGARDER L'INTERIEUR DU BRAS DROIT DE L'ENFANT POUR APPRECIER SIL A LA CICATRICE DU BCG	CICATRICE.....1 PAS DE CICATRICE.....2 PAS EXAMINE .....3	CICATRICE.....1 PAS DE CICATRICE.....2 PAS EXAMINE .....3	CICATRICE.....1 PAS DE CICATRICE.....2 PAS EXAMINE .....3
505	DATE DE MESURE ET DE LA PESEE	JOUR MOIS ANNEE   2   0   0   3	JOUR MOIS ANNEE   2   0   0   3	JOUR <b>MOIS</b> ANNEE   2   0   0   3
506	RESULTAT	MESURE .....1 ABSENT .....2 REFUS .....3 AUTRE .....4	MESURE .....1 ABSENT .....2 REFUS .....3 AUTRE .....4	MESURE .....1 ABSENT .....2 REFUS .....3 AUTRE .....4
		ALLEZ A L'ENFANT SUIVANT. SI PLUS D'ENFANT QUESTIONNAIRE ENFANT TERMINE	ALLEZ A L'ENFANT SUIVANT. SI PLUS D'ENFANT QUESTIONNAIRE ENFANT TERMINE	ALLEZ A L'ENFANT SUIVANT. SI PLUS D'ENFANT QUESTIONNAIRE ENFANT TERMINE

[Début de la page](#)

[Menu Principal](#)

[Retour à la page d'accueil](#)