



QUESTIONNAIRE ENFANT
MOINS DE CINQ ANS
Enquête à Indicateurs
Multiples, MICS-2022



PANNEAU D'INFORMATION SUR L'ENFANT		UF
UF1. Numéro de grappe : _____	UF2. Numéro du ménage : _____	
UF3. Nom et numéro de ligne de l'enfant : NOM _____	UF4. Nom et numéro de ligne de la mère / gardien(ne) : NOM _____	
UF5. Nom et numéro de l'enquêteur : NOM _____	UF6. Nom et Numéro du chef d'équipe : NOM _____	
UF7. Jour/ Mois / Année de l'interview : ____ / ____ / <u>202</u>	UF8. Enregistrer l'heure de début de l'entretien :	HEURES : MINUTES ____ : ____
<p>Vérifier l'âge du/de la répondant(e) à HL6 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE : Si l'âge est de 15-17 ans, vérifier que le consentement d'un adulte pour l'interview a été obtenu (HH33 ou HH39) ou pas nécessaire (HL20=90). Si le consentement est nécessaire mais pas obtenu, l'interview ne doit pas commencer et '06' doit être enregistré à UF17. Le/la répondant(e) doit avoir au moins 15 ans.</p>		
UF9. Vérifier les questionnaires complétés dans ce ménage : Avez- vous ou un autre membre de votre équipe déjà interviewé ce répondant sur un autre questionnaire ?	OUI, DEJA INTERVIEWE..... 1 NON, PREMIERE INTERVIEW..... 2	1 ⇒ UF10 B 2 ⇒ UF10 A
UF10A. Bonjour, je m'appelle (votre Nom). Nous sommes de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et Démographiques. Nous menons une enquête sur la situation des enfants, des familles et des ménages. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de (Nom de l'Enfant à UF3). Cet entretien prend habituellement 50 minutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'entretien, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?	UF10B. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de (Nom de l'Enfant à UF3). Cet entretien prend habituellement 50 minutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'entretien, merci de me le faire savoir. Puis- je commencer maintenant ?	
OUI 1 NON / PAS DEMANDE..... 2	1 ⇒ Module CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT 2 ⇒ UF17	
UF17. Résultat de l'interview de l'enfant de moins de 5 ans Les codes font référence à la mère/gardien(ne). Discuter tous les résultats non complets avec votre superviseur.	COMPLETE..... 01 PAS A LA MAISON 02 REFUSE..... 03 PARTIELLEMENT COMPLETE 04 EN INCAPACITE (préciser) 05 PAS DE CONSENTEMENT D'UN ADULTE POUR LA MERE / GARDIEN(NE) DE 15-17 ANS 06 AUTRE (préciser) 96	

CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS		UB
UB0. Avant que je commence l'interview, pourriez-vous apporter, SVP, le certificat de naissance de (nom), sa carte/carnet de vaccination ou toute carte de vaccination d'un agent de santé privé ? Nous aurons besoin de nous référer à ces documents.		
UB1. En quel jour, quel mois et quelle année (nom) est-il/elle né(e) ? <i>Insister : Quand est son anniversaire ?</i> <i>Si la mère/tutrice connaît la date de naissance exacte, enregistrer aussi le jour de naissance ; sinon, enregistrer '98' pour jour.</i> <i>Les Mois et Année doivent être enregistrés.</i>	DATE DE NAISSANCE JOUR__ __ NSP JOUR.....98 MOIS__ __ ANNEE..... <u>2</u> <u>0</u> __ __	
UB2. Quel âge a (nom) ? <i>Insister :</i> Quel âge a eu (nom) à son dernier anniversaire ? <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i> <i>Enregistrer '0', si moins d'un an.</i> <i>Si les réponses à UB1 et UB2 sont incohérentes, insister et corriger.</i>	AGE (EN ANNEES REVOLUES).....__	
UB3. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	0, 1, OU 2 ANS..... 1 3 OU 4 ANS 2	1 ⇒ UB9
UB4. Vérifier le numéro de ligne du/de la répondant(e) (UF4) dans le PANNEAU D'INFORMATION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS et celui du/de la répondant(e) au MENAGE QUESTIONNAIRE (HH47) : Ce répondant est-il également le répondant au QUESTIONNAIRE MÉNAGE ?	OUI, REpondante est la MEME, UF4=HH47 1 NON, REpondante n'est pas la MEME UF4≠HH47 2	2 ⇒ UB6
UB5. Vérifier ED10 dans le MODULE EDUCATION DU QUESTIONNAIRE MENAGE : est-ce que l'enfant fréquente un programme d'éducation pré-primaire pendant l'année scolaire actuelle ?	OUI, ED10=0 1 NON, ED10≠0 OU VIDE..... 2	1 ⇒ UB8B 2 ⇒ UB9
UB6. Est-ce que (nom) a déjà fréquenté l'école ou un programme d'éducation pré-primaire ?	OUI 1 NON 2	2 ⇒ UB9
UB7. A n'importe quel moment depuis OCTOBRE a-t-il/elle assisté au (programmes mentionnés à UB6) ?	OUI 1 NON 2	1 ⇒ UB8A 2 ⇒ UB9
UB8A. Est-ce qu'il/elle fréquente actuellement (programme mentionné à UB6) ? UB8B. Vous avez mentionné que (nom) a fréquenté un programme d'éducation pré-primaire cette année scolaire. Est-ce qu'il/elle participe actuellement à ce programme ?	OUI 1 NON 2	
UB9. Est-ce que (nom) est couvert(e) par une assurance santé ?	OUI 1 NON 2	2 ⇒ Fin

<p>UB10. Par quel type d'assurance santé (<i>nom</i>) est-il/elle couvert(e) ?</p> <p><i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i></p>	<p>ORGANISATION MUTUELLE DE SANTE / ASSURANCE SANTE A BASE COMMUNAUTAIREA ASSURANCE SANTE DE L'EMPLOYEURB SECURITE SOCIALEC AUTRE ASSURANCE SANTE COMMERCIALE PRIVEE SOUSCRISD AUTRE (<i>préciser</i>) X</p>	
---	--	--

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
BR1. Est-ce que (<i>nom</i>) a un certificat de naissance ? <i>Si 'Oui', demander :</i> Puis-je le voir SVP ?	OUI, VU 1 OUI, PAS VU 2 NON 3 NSP 8	 3 ⇒ BR2 8 ⇒ BR2
BR1A. Avez-vous eu recours à un jugement supplétif pour obtenir ce certificat de naissance de (<i>nom</i>) à la mairie (officier d'état civil) ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	1 ⇒ Fin 2 ⇒ Fin 8 ⇒ Fin
BR2. La naissance de (<i>nom</i>) a-t-elle été enregistrée/déclarée auprès de l'autorité civile / l'état civil ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	1 ⇒ Fin
BR2A. Avez-vous eu la déclaration de la sage-femme ou du médecin accoucheur de la naissance de (<i>nom</i>) ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	2 ⇒ BR3 8 ⇒ BR3
BR2B. Avez-vous amené cette déclaration pour l'enregistrement de la naissance de (<i>nom</i>) à la mairie (officiel d'état civil) ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	2 ⇒ BR3 8 ⇒ BR3
BR2C. Vérifier et, si nécessaire, corriger BR2, BR2A et BR2B pour assurer la cohérence		
BR3. Savez-vous comment enregistrer la naissance de (<i>nom</i>) ?	OUI 1 NON 2	

DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE		EC
EC1. Combien de livres d'enfants ou de livres d'images avez-vous pour (<i>nom</i>) ?	AUCUN 00 NOMBRE DE LIVRES POUR ENFANTS <u>0</u> ____ 10 LIVRES OU PLUS 10	
EC2. Je voudrais savoir avec quoi (<i>nom</i>) joue quand il/elle est à la maison. Est-ce qu'il/elle joue avec :	<div style="text-align: right;">O N NSP</div> [A] des jouets fabriqués à la maison comme des poupées, voitures ou autres jouets fabriqués à la maison ? JOUETS FABRIQUES A LA MAISON 1 2 8	
[B] des jouets d'un magasin ou des jouets d'un fabricant ? [C] des objets du ménage comme des bassines, casseroles, ou des objets trouvés dehors comme des bâtons, pierres, animaux, coquilles ou feuilles ?	JOUETS D'UN MAGASIN 1 2 8 OBJETS DU MENAGE OU DE DEHORS 1 2 8	
EC3. Parfois les adultes qui s'occupent des enfants doivent quitter la maison pour aller faire des courses, faire la lessive, ou pour d'autres raisons et doivent laisser les jeunes enfants. Au cours de la semaine passée, combien de jours (<i>nom</i>) a-t-il/elle été :		
[A] laissé(e) seul(e) pour plus d'une heure ?	NOMBRE DE JOURS LAISSES SEUL POUR PLUS D'UNE HEURE ____	
[B] laissé(e) sous la garde d'un autre enfant, c'est-à-dire quelqu'un de moins de 10 ans, pour plus d'une heure ?	NOMBRE DE JOURS LAISSES SOUS LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT POUR PLUS D'UNE HEURE ____	
<i>Si 'Aucun', enregistrer '0'. Si 'NSP', enregistrer '8'.</i>		

EC4. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	AGE 0 OU 1 AN 1 AGE 2, 3 OU 4 ANS 2	1 ⇒ Fin																																			
<p>EC5. Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du ménage de 15 ans ou plus, participé avec (nom) à l'une des activités suivantes :</p> <p><i>Si 'Oui', demander :</i> Qui a participé à cette activité avec (nom) ?</p> <p><i>Une mère ou un père adoptif vivant dans le ménage qui a participé avec l'enfant doit être codé comme mère ou père.</i></p> <p><i>Enregistrer tout ce qui s'applique.</i></p> <p><i>'PERSONNE' ne peut pas être enregistré s'il y a un membre du ménage de plus de 15 ans qui a participé à cette activité avec l'enfant.</i></p> <p>[A] Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (nom) ?</p> <p>[B] Raconter des histoires à (nom) ?</p> <p>[C] Chanter des chansons avec ou à (nom), y compris des berceuses ?</p> <p>[D] Emmener (nom) en dehors de la maison ?</p> <p>[E] Jouer avec (nom) ?</p> <p>[F] Nommer, compter ou dessiner des choses avec (nom) ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>MERE</th> <th>PERE</th> <th>AUTRE</th> <th>PERSO NNE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LIRE LIVRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>RACONTER HISTOIRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>CHANTER CHANSONS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>L'EMMENER DEHORS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>JOUER AVEC</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>NOMMER, COMPTER, DESSINER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		MERE	PERE	AUTRE	PERSO NNE	LIRE LIVRES	A	B	X	Y	RACONTER HISTOIRES	A	B	X	Y	CHANTER CHANSONS	A	B	X	Y	L'EMMENER DEHORS	A	B	X	Y	JOUER AVEC	A	B	X	Y	NOMMER, COMPTER, DESSINER	A	B	X	Y	
	MERE	PERE	AUTRE	PERSO NNE																																	
LIRE LIVRES	A	B	X	Y																																	
RACONTER HISTOIRES	A	B	X	Y																																	
CHANTER CHANSONS	A	B	X	Y																																	
L'EMMENER DEHORS	A	B	X	Y																																	
JOUER AVEC	A	B	X	Y																																	
NOMMER, COMPTER, DESSINER	A	B	X	Y																																	
EC5G. Vérifier UB2 : âge de l'enfant ?	2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2	1 ⇒ Fin																																			
<p>EC21. J'aimerais vous poser des questions sur certaines choses que (nom) est actuellement en mesure de faire. N'oubliez pas que les enfants peuvent se développer et apprendre à des rythmes différents. Par exemple, certains commencent à marcher plus tôt que d'autres. Il est donc normal que (nom) ne puisse faire que certaines des choses que je vais vous demander, mais pas toutes.</p> <p>Est-ce que (nom) peut marcher sur une surface inégale, par exemple une route cahoteuse ou raide, sans tomber ?</p>	OUI 1 NON 2 NSP 8																																				
<p>EC22. Est-ce que (nom) peut sauter avec les deux pieds en l'air ?</p>	OUI 1 NON 2 NSP 8																																				

EC23. Est-ce que (nom) peut s'habiller (lui-même), c'est-à-dire mettre un pantalon et une chemise sans aide ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	
EC24. Est-ce que (nom) peut attacher et détacher des boutons sans aide ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	
EC25. Est-ce que (nom) peut dire au moins 10 mots ou plus comme "maman" ou "ballon" ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	
EC26. (Nom) peut-il (elle) parler en utilisant des phrases de 3 mots ou plus qui vont ensemble, par exemple "Je veux de l'eau" ou "La maison est grande" ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	2 ⇒ EC8 8 ⇒ EC8
EC27. (Nom) peut-il (elle) parler en utilisant des phrases de 5 mots ou plus qui vont ensemble, par exemple "La maison est très grande" ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	
EC28. Est-ce que (nom) peut utiliser correctement l'un des mots "je", "tu", "elle" ou "il", par exemple "je vais au magasin" ou "il mange du riz" ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	
EC29. Si vous montrez à (nom) un objet qu'il (elle) connaît bien, comme une tasse ou un animal, peut-il(elle) le nommer de manière cohérente ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	
EC30. Est-ce que (nom) peut reconnaître au moins 5 lettres de l'alphabet ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	
EC31. Est-ce que (nom) peut écrire son propre nom ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	
EC32. Est-ce que (nom) connaît tous les numéros de 1 à 5 ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	
EC33. Si vous demandez à (nom) de vous donner 3 objets, tels que 3 pierres ou 3 haricots, vous donne-t-il(elle) la quantité correcte ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	
EC34. Est-ce que (nom) peut compter 10 objets, par exemple 10 doigts ou blocs, sans erreur ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	

EC35. Est-ce que (<i>nom</i>) peut faire une activité telle que le coloriage sans demander de l'aide de façon répétée ou abandonner trop vite ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	
EC36. Est-ce que (<i>nom</i>) pose des questions sur des personnes familières autres que les parents lorsqu'elles ne sont pas là, par exemple "Où est grand-mère ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	
EC37. Est-ce que (<i>nom</i>) propose d'aider une personne qui semble avoir besoin d'aide ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	
EC38. Est-ce que (<i>nom</i>) s'entend bien avec les autres enfants ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8	
EC39. Combien de fois (<i>nom</i>) semble-t-il être très triste ou déprimé ? Diriez-vous : chaque jour, chaque semaine, chaque mois, quelques fois par an ou jamais ?	CHAQUE JOUR 1 CHAQUE SEMAINE..... 2 CHAQUE MOIS 3 QUELQUES FOIS PAR AN 4 JAMAIS..... 5	
EC40. Par rapport aux enfants du même âge, dans quelle mesure (<i>nom</i>) donne-t-il des coups de pied, mord-il ou frappe-t-il d'autres enfants ou adultes ? Diriez-vous : pas du tout, moins, la même chose, plus ou beaucoup plus ?	PAS DU TOUT 1 MOINS 2 LA MEME CHOSE..... 3 PLUS 4 BEAUCOUP PLUS 5	





DISCIPLINE DE L'ENFANT		UCD
UCD1. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	0 AN 1 1, 2, 3 OU 4 ANS 2	1 ⇒ Fin
<p>UCD2. Maintenant je voudrais parler de quelque chose d'autre.</p> <p>Les adultes utilisent certains moyens pour apprendre aux enfants à bien se comporter ou pour traiter des problèmes de comportement. Je vais vous lire une liste de méthodes qui sont utilisées. Dites-moi SVP, si <u>vous</u> avez ou n'importe quel autre membre de votre ménage a utilisé une de ces méthodes avec (nom) <u>au cours du mois dernier</u>.</p> <p>[A] Retirer des privilèges, interdire quelque chose que (nom) aime faire ou ne pas lui permettre de quitter la maison.</p> <p>[B] Expliquer à (nom) pourquoi son comportement n'est pas bien.</p> <p>[C] (Le/la) secouer.</p> <p>[D] Hurler ou lui crier dessus.</p> <p>[E] Lui donner quelque chose d'autre à faire.</p> <p>[F] Lui donner une fessée, (le/la) frapper ou (le/la) taper sur les fesses à main nues.</p> <p>[G] (Le/la) frapper sur les fesses ou sur d'autres parties du corps avec quelque chose tel ceinture, brosse à cheveux, bâton ou autre objet dur</p> <p>[H] (Le/la) traiter d'idiot, de paresseux ou d'un autre nom comme ça.</p> <p>[I] (Le/la) frapper ou (le/la) gifler sur le visage, la tête ou les oreilles.</p> <p>[J] (Le/la) frapper ou (le/la) taper sur les mains, les bras ou les jambes.</p> <p>[K] (Le/la) battre, c'est-à-dire (le/la) frapper encore et encore aussi fort que possible.</p>	<p>OUI NON</p> <p>RETIRER DES PRIVILEGES 1 2</p> <p>EXPLIQUER LE MAUVAIS COMPORTEMENT 1 2</p> <p>SECOUER 1 2</p> <p>HURLER, CRIER DESSUS 1 2</p> <p>DONNER AUTRE CHOSE A FAIRE 1 2</p> <p>DONNER UNE FESSEE, FRAPPER, TAPER A MAINS NUES 1 2</p> <p>FRAPPER AVEC CEINTURE, BROSSES, BATON OU AUTRE 1 2</p> <p>TRAITER D'IDIOT, PARESSEUX OU AUTRE 1 2</p> <p>FRAPPER / GIFLER SUR LE VISAGE, TETE OU OREILLES 1 2</p> <p>FRAPPER / TAPER SUR LES MAINS, BRAS OU JAMBES 1 2</p> <p>BATTRE ET FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE..... 1 2</p>	
UCD3. Vérifier UF4 : Est-ce que le/la répondant(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d'un autre enfant de moins de 5 ans ou d'un enfant de 5-14 ans sélectionné pour le questionnaire enfant de 5-17 ans ?	OUI..... 1 NON 2	2 ⇒ UCD5
UCD4. Vérifier UF4 : Est-ce que ce/cette répondant(e) a déjà répondu à la question suivante (UCD5 ou FCD5) pour un autre enfant ?	OUI..... 1 NON 2	1 ⇒ Fin

UCD5. Pensez-vous que pour élever ou éduquer correctement un enfant, il est nécessaire qu'il soit puni physiquement ?	OUI.....1 NON2 NSP / PAS D'OPINION.....8	
--	--	--

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT		UCF
UCF1. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	0 OU 1 AN 1 2, 3 OU 4 ANS 2	1 ⇒ Fin
UCF2. Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur les difficultés que (<i>Nom</i>) peut connaître : (<i>Nom</i>) porte-t-il/elle des lunettes ?	OUI..... 1 NON 2	
UCF3. (<i>Nom</i>) utilise-t-il/elle une prothèse auditive ?	OUI..... 1 NON 2	
UCF4. (<i>Nom</i>) utilise-t-il/elle un équipement ou reçoit-il/elle de l'assistance pour marcher ?	OUI..... 1 NON 2	
UCF5. Pour les questions suivantes, je vous demanderai de répondre en sélectionnant une réponse parmi quatre réponses possibles. Pour chaque question diriez-vous que (<i>nom</i>) a 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) si il/elle ne peut pas du tout faire l'activité. <i>Répéter les catégories en posant les questions individuelles à chaque fois que la répondante n'utilise pas une des catégories de réponse.</i> Rappelez-vous que les 4 réponses possibles sont Diriez-vous que (<i>nom</i>) a : 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) ne peut pas du tout faire l'activité ?		
UCF6. Vérifier UCF2 : Enfant porte des lunettes ?	OUI, UCF2=1 1 NON, UCF2=2 2	1 ⇒ UCF7A 2 ⇒ UCF7B
UCF7A. Lorsqu'il/elle porte ses lunettes, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à voir ? UCF7B. (<i>Nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à voir ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT VOIR 4	
UCF8. Vérifier UCF3 : Enfant porte une prothèse auditive ?	OUI, UCF3=1 1 NON, UCF3=2 2	1 ⇒ UCF9A 2 ⇒ UCF9B
UCF9A. Lorsqu'il/elle utilise sa prothèse auditive, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ? UCF9B. (<i>Nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT ENTENDRE 4	
UCF10. Vérifier UCF4 : Enfant utilise un équipement ou reçoit de l'assistance pour marcher ?	OUI, UCF4=1 1 NON, UCF4=2 2	1 ⇒ UCF11 2 ⇒ UCF13
UCF11. Sans son équipement ou sans assistance, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à marcher ?	QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER 4	

UCF12. Avec son équipement ou assistance, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à marcher ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER 4	1 ⇒UCF14 2 ⇒UCF14 3 ⇒UCF14 4 ⇒UCF14
UCF13. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à marcher ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER 4	
UCF14. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à saisir des petits objets avec sa main ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT SAISIR 4	
UCF15. (<i>Nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à vous comprendre ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT COMPRENDRE 4	
UCF16. Lorsque (<i>nom</i>) parle, avez-vous des difficultés à le/la comprendre ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT ETRE COMPRIS..... 4	
UCF17. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à apprendre des choses ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT APPRENDRE..... 4	
UCF18. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à jouer ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT JOUER..... 4	
UCF19. La prochaine question a 5 options de réponses différentes. Je vais vous les lire après chaque question. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) donne-t-il/elle des coups de pied, mord-il/elle ou frappe-t-il/elle les autres enfants ou les adultes ? Diriez-vous : pas du tout, moins, la même chose, plus ou beaucoup plus ?	PAS DU TOUT 1 MOINS 2 LA MEME CHOSE 3 PLUS 4 BEAUCOUP PLUS..... 5	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE		BD
BD1. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	0, 1, OU 2 ANS1 3 OU 4 ANS2	2 ⇒ Fin
BD2. Est-ce que (<i>nom</i>) a été allaité ?	OUI1 NON2 NSP8	2 ⇒ BD3A 8 ⇒ BD3A
BD3. Est-ce que (<i>nom</i>) est toujours allaité ?	OUI1 NON2 NSP8	
BD3A. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	AGE 0 OU 1 ANS1 AGE 2 ANS2	2 ⇒ Fin
BD4. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu quelque chose au biberon ?	OUI1 NON2 NSP8	
BD5. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu des Sels de Réhydratation Orale ou SRO ?	OUI1 NON2 NSP8	
BD6. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu ou mangé des vitamines ou des suppléments minéraux ou n'importe quel médicament ?	OUI1 NON2 NSP8	
BD7. Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les autres liquides que (<i>nom</i>) pourrait avoir pris hier durant le jour ou la nuit. SVP, inclure aussi tous les liquides consommés en dehors de la maison. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (<i>nom</i>) a bu (<i>nom du breuvage</i>) :		
	OUI NON NSP	
[A] De l'eau simple ?	EAU SIMPLE 1 2 8	
[B] Jus de fruits ou boissons à base de jus de fruits ?	JUS OU BOISSON A BASE DE JUS 1 2 8	
[C] Bouillie ou soupe clair telles que bouillie de riz, de maïs, de farine, etc. ?	BOUILLIE OU SOUPE CLAIRE 1 2 8	
[D] Du lait maternisé tel que Blédilait, Galia, Guigoz ?	LAIT MATERNISE 1 2 ✕ 8 ✕ BD7[E] BD7[E]	
[D1] Combien de fois (<i>nom</i>) a-t-il bu du lait maternisé ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.	NOMBRE DE FOIS BU DU LAIT MATERNISE__	
[E] Du lait d'animal, qu'il soit frais, en boîte ou en poudre ?	LAIT 1 2 ✕ 8 ✕ BD7[X] BD7[X]	
[E1] Combien de fois (<i>nom</i>) a-t-il bu du lait Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.	NOMBRE DE FOIS BU DU LAIT__	

[X] N'importe quels autres liquides ?	AUTRES LIQUIDES	1	2 	8 
			BD8	BD8
[X1] Enregistrer tous les autres liquides mentionnés.	(Préciser) _____			
BD8. Maintenant je voudrais vous poser des questions sur <u>tout</u> ce que (nom) a mangé hier durant le jour et la nuit. SVP, incluez la nourriture consommée en dehors de votre maison. - Pensez au moment où (nom) s'est réveillé(e) hier. Est-ce qu'il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ? <i>Si 'Oui' demander : SVP, dites-moi tout ce que (nom) a mangé à ce moment-là. Insister : Rien d'autre ?</i> <i>Enregistrer les réponses en utilisant les groupes d'aliments ci-dessous.</i> - Qu'est-ce que (nom) a fait après cela ? Est-ce qu'il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ? <i>Répéter cette série de questions, enregistrer les réponses dans les groupes d'aliments jusqu'à ce que le/la répondant(e) vous dise que l'enfant est allé dormir jusqu'au lendemain matin.</i>				
Pour chaque groupe d'aliments non mentionné après avoir fini la question au-dessus, demander : Juste pour être sûre, est-ce que (nom) a mangé (groupe d'aliments) hier durant le jour ou la nuit ?		OUI	NON	NSP
[A] Du yaourt fait avec du lait d'animal ? <i>Noter que yaourt liquide /à boire doit être capturé à BD7[E] ou à BD7[X] dépendant de la quantité de lait.</i>	YAOURT	1	2 	8 
			BD8[B]	BD8[B]
[A1] Combien de fois (nom) a-t-il/elle mangé du yaourt ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	NOMBRE DE FOIS MANGE YAOURT			
[B] De la nourriture pour bébé telle que Cérelac, Gerber, Hero, petits pots, etc. ?	NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBE	1	2	8
[C] Du pain, riz, pâtes, ou autres aliments à base de grains ?	NOURRITURE A BASE DE CEREALES	1	2	8
[D] Courge, carotte, citrouille, patate douce qui sont jaune ou orange à l'intérieur ?	COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, ETC.	1	2	8
[E] Des pommes de terre, de l'igname, du manioc ou autre nourriture à base de tubercules ?	NOURRITURE A BASE DE TUBERCULES	1	2	8
[F] N'importe quels légumes à feuilles vert foncé riches en vitamine A comme choux, feleke mafana, petsayi, feuilles de manioc ?	LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE	1	2	8
[G] Mangues mures, papayes mures, corossol, etc. ?	MANGUE MURE, PAPAYE MURE	1	2	8
[H] Tout autre fruit et légume, comme orange, avocat, bananes mures, etc.	AUTRE FRUITS OU LEGUMES	1	2	8
[I] Du foie, des rognons, du cœur ou autres abats ?	ABATS	1	2	8
[J] Toute autre viande comme du bœuf, de l'agneau, de la chèvre, du poulet, du canard ou des saucisses faites de ces viandes ?	AUTRES VIANDES	1	2	8
[K] Des œufs ?	OEUFS	1	2	8
[L] Du poisson ou des crustacés, frais ou séchés ?	POISSON FRAIS OU SECHE	1	2	8
[M] Des haricots, petits pois, lentilles ou noix (arachides, amandes, etc.) y compris toute préparation faite avec ces aliments ?	NOURRITURES A BASE DE HARICOTS, POIS, NOIX, ETC.	1	2	8

[N] Du fromage ou autre aliment fait avec du lait animal ?	FROMAGE OU AUTRE ALIMENT A BASE DE LAIT	1 2 8
[X] Autre aliment solide, semi-solide ou mou ?	AUTRE ALIMENT SOLIDE, SEMI-SOLIDE OU MOU	1 2 8 BD9 BD9
[X1] Enregistrer tous les aliments solides, semi-solides ou mous qui ne correspondent pas aux groupes d'aliments ci-dessus.	(Préciser) _____	
BD9. Combien de fois (<i>nom</i>) a-t-il/elle mangé des aliments solides, semi-solides ou mou hier durant le jour et la nuit ? <i>Si BD8[A] est 'Oui', s'assurer que les réponses ici incluent le nombre de fois enregistré pour le yaourt en BD8[A1].</i> <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	NOMBRE DE FOIS NSP8	

VACCINATIONS										IM
IM1. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?				0, 1, OU 2 ANS..... 1 3 OU 4 ANS..... 2						2 ⇒ Fin
IM2. Avez-vous un(e) carnet/carte de vaccinations ou un document d'un agent de santé privé où les vaccinations de (nom) sont enregistrées ?				OUI, A SEULEMENT UN CARNET/CARTE 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT . 2 OUI, A CARNET/CARTE ET AUTRE DOCUMENT 3 NON, N'A NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT 4						1 ⇒ IM5 3 ⇒ IM5
IM3. Avez-vous déjà eu un(e) carnet/carte de vaccinations ou un document d'un agent de santé privé pour (nom) ?				OUI 1 NON 2						
IM4. Vérifier IM2 :				A SEULEMENT AUTRE DOCUMENT, IM2=2..... 1 NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT DISPONIBLE, IM2=4 2						2 ⇒ IM11
IM5. Puis-je voir le carnet/carte (et/ou) l'autre document ?				OUI, CARNET/CARTE SEULEMENT VU 1 OUI, AUTRE DOCUMENT SEULEMENT VU 2 OUI, CARNET/CARTE ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT VU 4						4 ⇒ IM11
IM6. (a) Copier les dates de chaque vaccination à partir de la/le carte/carnet. (b) Ecrire '44' dans la colonne jour si la/le carte/carnet montre que la vaccination a été donnée mais la date n'est pas enregistrée.				DATE DE VACCINATION						
				JOUR		MOIS		ANNEE		
BCG	BCG					2	0			
Polio Oral (VPO) (à la naissance)	VPO0					2	0			
Polio Oral (VPO) 1	VPO1					2	0			
Polio Oral (VPO) 2	VPO2					2	0			
Polio Oral (VPO) 3	VPO3					2	0			
Polio Inactivé (VPI)	VPI					2	0			
Pentavalent (DTCOq /Hib/ HepB) 1	Penta1					2	0			
Pentavalent (DTCOq /Hib/ HepB) 2	Penta2					2	0			
Pentavalent (DTCOq /Hib/ HepB) 3	Penta3					2	0			

Rougeole-Rubéole (RR)	RR1					2	0			
Rougeole-Rubéole (RR)	RR2					2	0			
IM7. Vérifier IM6 : Tous les vaccins (BCG à RR2) enregistrés ?		OUI..... 1 NON 2								1 ⇒Fin
IM8. Est-ce que (nom) a participé aux campagnes de vaccination, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l'enfant suivantes : [A] Vaccination contre la rougeole et la rubéole de Novembre-Décembre 2021		O N NSP VACCINATION CONTRE ROUGEOLE ..1 2 8								
IM9. En plus de ce qui est enregistré dans le document que vous nous avez montré, est-ce que (nom) a reçu d'autres vaccinations y compris des vaccinations reçues pendant les campagnes, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l'enfant qu'on vient de mentionner ?		OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8								2 ⇒Fin 8 ⇒Fin
IM10. Retourner à IM6 et insister pour ces vaccinations. <i>Enregistrer '66' dans la colonne jour correspondante pour chaque vaccin reçu.</i> <i>Pour chaque vaccin <u>pas</u> reçu, enregistrer '00' dans la colonne jour.</i>										⇒Fin
IM11. Est-ce que (nom) a déjà reçu des vaccinations pour l'empêcher d'attraper des maladies, y compris des vaccinations reçues pendant des campagnes de vaccination, des journées nationales de vaccination ou journées de santé de l'enfant ?		OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8								
IM12. Est-ce que (nom) a participé aux campagnes, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l'enfant suivantes : [A] Juillet 2019 / Campagne de vaccination contre la rougeole		O N NSP CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE1 2 8								
IM13. Vérifier IM11 et IM12 :		TOUT NON OU NSP..... 1 AU MOINS UN OUI 2								1 ⇒Fin
IM14. Est-ce que (nom) a déjà reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose – c'est-à-dire une injection faite au niveau de l'avant-bras (plus souvent avant-bras gauche) et qui laisse habituellement une cicatrice ?		OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8								

<p>IM16. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu un vaccin sous forme de gouttes dans la bouche pour le/la protéger contre la polio ?</p> <p><i>Insister en indiquant que la première goutte est généralement donnée à la naissance et les autres en même temps que des injections contre d'autres maladies.</i></p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2 ⇨ IM20</p> <p>8 ⇨ IM20</p>
<p>IM17. Est-ce que les premières gouttes de Polio ont été données dans les 2 premières semaines après la naissance ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>IM18. Combien de fois les gouttes de Polio ont été données ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS —</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>IM19. La dernière fois que (<i>nom</i>) a reçu des gouttes de Polio, est-ce qu'il/elle a également reçu une injection pour le/la protéger contre la Polio ?</p> <p><i>Généralement, à ce moment, l'enfant reçoit les 2 gouttes et une injection dans chaque cuisse (l'une contre la polio que nous demandons ici, l'autre étant le pentavalent à aborder à IM20-IM21)</i></p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>IM20. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin Pentavalent– c'est-à-dire une injection dans une cuisse pour l'empêcher d'attraper le tétanos, la coqueluche, la diphtérie, l'hépatite B et l'Haemophilus influenzae de type b ?</p> <p><i>Insister en indiquant que le vaccin Pentavalent est parfois donné en même temps que les gouttes de Polio.</i></p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2 ⇨ IM26</p> <p>8 ⇨ IM26</p>
<p>IM21. Combien de fois le vaccin Pentavalent a été donné ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS —</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>IM26. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin RR – c'est-à-dire une injection dans le bras à l'âge de 9 mois ou plus pour l'empêcher d'attraper la rougeole, et la rubéole ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2 ⇨ Fin section</p> <p>8 ⇨ Fin section 7</p>
<p>IM26A. Combien de fois le vaccin RR a été donné ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS —</p> <p>NSP..... 8</p>	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
CA1. Est-ce que (nom) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1	2 ⇒ CA14
	NON 2	
	NSP 8	8 ⇒ CA14
CA2. Vérifier BD3 : Est-ce que l'enfant est toujours allaité ?	OUI OU BLANC, BD3=1 OU BLANC 1	1 ⇒ CA3A
	NON OU NSP, BD3=2 OU 8 2	2 ⇒ CA3B
CA3A. Je voudrais savoir quelle quantité de liquides à boire a été donnée à (nom) durant sa diarrhée. Ceci inclut le lait maternel, les Sels de Réhydratation Orale (SRO) et les autres liquides donnés avec des médicaments. Pendant que (nom) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? <i>Si 'moins', insister :</i> Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à boire que d'habitude, ou un peu moins à boire que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 A PEU PRES LA MEME CHOSE 3 PLUS 4 RIEN A BOIRE 5 NSP 8	
CA3B. Je voudrais savoir quelle quantité de liquides à boire a été donnée à (nom) durant sa diarrhée. Ceci inclut les Sels de Réhydratation Orale (SRO) et les autres liquides donnés avec des médicaments. Pendant que (nom) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? <i>Si 'moins', insister :</i> Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à boire que d'habitude, ou un peu moins à boire que d'habitude ?		
CA4. Pendant que (nom) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ? <i>Si 'moins', insister :</i> Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à manger que d'habitude, ou un peu moins à manger que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 A PEU PRES LA MEME CHOSE 3 PLUS 4 A STOPPE L'ALIMENTATION 5 N'A JAMAIS DONNE A MANGER 7 NSP 8	
CA5. Avez-vous recherché des conseils ou un traitement contre la diarrhée de n'importe quelle source ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	2 ⇒ CA7 8 ⇒ CA7

<p>CA6. Où avez-vous cherché des conseils ou un traitement ?</p> <p><i>Insister : quelque part d'autre ?</i></p> <p><i>Enregistrer tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</i></p> <p><i>Insister pour identifier chaque type de fournisseur.</i></p> <p><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL A</p> <p>CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL..... B</p> <p>POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL . C</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE .. D</p> <p>CLINIQUE MOBILE/STRATEGIE AVANCEEE</p> <p>AUTRE MEDICAL PUBLIC (préciser) _____ H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUEI</p> <p>MEDECIN PRIVEJ</p> <p>PHARMACIE PRIVEE K</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL)L</p> <p>CLINIQUE MOBILE.....M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser) _____ O</p> <p>NSP PUBLIC OU PRIVE..... W</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE/AMIS P</p> <p>BOUTIQUE / MARCHÉ / RUE Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL R</p> <p>AUTRE (préciser)_____ X</p> <p>NSP /NE SOUVIENS PAS _____ Z</p>	
<p>CA7. Quand (<i>nom</i>) a eu la diarrhée est-ce qu'il a eu :</p> <p>[A] Une SRO faite à partir d'un sachet spécial appelé "sachet SRO" ?</p> <p>[B] Un liquide de SRO déjà préparé dans un sachet ?</p> <p>[C] Du Zinc en comprimés ou en sirop ?</p> <p>[D] Composition "Eau, Sucre et Sel" ?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>SACHET DE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO DEJA PREPARE 1 2 8</p> <p>ZINC COMPRIMES OU SIROP..... 1 2 8</p> <p>"EAU, SUCRE ET SEL" 1 2 8</p>	
<p>CA8. Vérifier CA7[A] et CA7[B] : Est-ce que l'enfant a reçu n'importe quel type de SRO ?</p>	<p>OUI, OUI EN CA7[A] OU CA7[B]..... 1</p> <p>NON, 'NON' OU 'NSP' A CA7[A] ET CA7[B] 2</p>	<p>2 ⇒ CA10</p>

<p>CA9. Où avez-vous eu le (SRO mentionné en CA7[A] et/ou en CA7[B]) ?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si 'l'avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL A</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>GOVERNEMENTAL B</p> <p>POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL . C</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE .. D</p> <p>CLINIQUE MOBILE /</p> <p>STRATEGIE AVANCEEE</p> <p>AUTRE MEDICAL PUBLIC</p> <p>(préciser) H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUEI</p> <p>MEDECIN PRIVEJ</p> <p>PHARMACIE PRIVEE K</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE</p> <p>(NON GOUVERNEMENTAL)L</p> <p>CLINIQUE MOBILE.....M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE</p> <p>(préciser) O</p> <p>NSP PUBLIC OU PRIVE..... W</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE / AMISP</p> <p>BOUTIQUE / MARCHÉ / RUE Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL R</p> <p>AUTRE (préciser)..... X</p> <p>NSP / NE SE RAPPELLE PASZ</p>	
<p>CA10. Vérifier CA7[C]: Est-ce que l'enfant a reçu du zinc ?</p>	<p>OUI, CA7[C]=1 1</p> <p>NON, CA7[C] ≠1 2</p>	<p>2 ⇒CA12</p>

<p>CA11. Où avez-vous eu le zinc ?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si 'l'avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><i><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL A</p> <p>CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL B</p> <p>POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL .. C</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE .. D</p> <p>CLINIQUE MOBILE / STRATEGIE AVANCEEE</p> <p>AUTRE MEDICAL PUBLIC (préciser) _____ H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUEI</p> <p>MEDECIN PRIVEJ</p> <p>PHARMACIE PRIVEE K</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL)L</p> <p>CLINIQUE MOBILE.....M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser) _____ O</p> <p>NSP PUBLIC OU PRIVE..... W</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE / AMIS P</p> <p>BOUTIQUE / MARCHE / RUE Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL R</p> <p>AUTRE (préciser)_____ X</p> <p>NSP / NE SE RAPPELLE PASZ</p>	
<p>CA12. Est-ce que quelque chose d'autre a été donné pour traiter la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒CA14</p> <p>8 ⇒CA14</p>
<p>CA13. Qu'est-ce qui a été donné en plus pour traiter la diarrhée ?</p> <p><i>Insister :</i></p> <p>Rien d'autre ?</p> <p><i>Enregistrer tous les traitements donnés. Ecrire le nom/marque de tous les médicaments donnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom/marque)</p> <p>_____</p> <p>(Nom/marque)</p>	<p>COMPRIMES OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITE (ANTI-DIARRHEIQUE)... B</p> <p>AUTRE COMPRIME OU SIROP G</p> <p>COMPRIME OU SIROP INCONNU H</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUEL</p> <p>PAS ANTIBIOTIQUEM</p> <p>INJECTION INCONNUE..... N</p> <p>INTRAVEINEUSE (IV) O</p> <p>REMEDE MAISON/ HERBE MEDICINALE.. Q</p> <p>AUTRE (préciser)_____ X</p>	
<p>CA14. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) a été malade avec de la fièvre ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒CA16</p> <p>8 ⇒CA16</p>

CA15. A n'importe quel moment durant sa maladie, est-ce que (<i>nom</i>) a eu du sang prélevé au bout de son doigt ou au talon pour effectuer un test ?	OUI 1 NON..... 2 NSP 8	
CA16. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (<i>nom</i>) a eu une maladie avec de la toux ?	OUI 1 NON..... 2 NSP 8	
CA17. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (<i>nom</i>) a eu une respiration rapide et forte ou des difficultés à respirer ?	OUI 1 NON..... 2 NSP 8	2 ⇒ CA19 8 ⇒ CA19
CA18. La respiration rapide ou les difficultés respiratoires étaient-elles dues à un problème de bronches, ou à un nez bouché ou qui coulait ?	PROBLEMES DANS LA POITRINE SEULEMENT 1 NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT 2 LES DEUX 3 AUTRE (<i>préciser</i>) 6 NSP 8	1 ⇒ CA20 2 ⇒ CA20 3 ⇒ CA20 6 ⇒ CA20 8 ⇒ CA20
CA19. Vérifier CA14 : est-ce que l'enfant a eu de la fièvre ?	OUI, CA14=1 1 NON OU NSP, CA14=2 OU 8 2	2 ⇒ CA30
CA20. Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie quelque part ?	OUI 1 NON..... 2 NSP 8	2 ⇒ CA22 8 ⇒ CA22

<p>CA21. Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?</p> <p><i>Insister : Quelque part d'autre ?</i></p> <p><i>Enregistrer tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</i></p> <p><i>Insister pour identifier chaque type de fournisseur.</i></p> <p><i><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL A</p> <p>CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL..... B</p> <p>POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL . C</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE .. D</p> <p>CLINIQUE MOBILE / STRATEGIE AVANCEEE</p> <p>AUTRE MEDICAL PUBLIC (préciser) _____ H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUEI</p> <p>MEDECIN PRIVEJ</p> <p>PHARMACIE PRIVEE K</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL)L</p> <p>CLINIQUE MOBILE.....M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser) _____ O</p> <p>NSP PUBLIC OU PRIVE..... W</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE / AMISP</p> <p>BOUTIQUE / MARCHE / RUE Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL R</p> <p>AUTRE (préciser)_____ X</p> <p>NSP /NE SOUVIENS PAS _____ Z</p>	
<p>CA22. A n'importe quel moment de sa maladie, est-ce que (nom) a reçu un médicament pour cette maladie ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒CA30</p> <p>8 ⇒CA30</p>

<p>CA23. Quel médicament (<i>nom</i>) a-t-il/elle reçu ?</p> <p><i>Insister :</i> Rien d'autre ?</p> <p><u>Si impossible de déterminer le type de médicament,</u> noter le nom / la marque et enregistrer temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nom/marque)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nom/marque)</p>	<p>ANTI-PALUDIQUES</p> <p>COMBINAISON THERAPEUTIQUE</p> <p>A BASE D'ARTEMISININE (CTA)..... A</p> <p>SP / FANSIDAR B</p> <p>CHLOROQUINE C</p> <p>QUININE</p> <p>EN COMPRIMESE</p> <p>EN INJECTION/ IVF</p> <p>ARTESUNATE</p> <p>EN SUPPOSITOIRE..... G</p> <p>AUTRE INJECTION / IV H</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDIQUE</p> <p>(préciser) K</p> <p>ANTIBIOTIQUES</p> <p>AMOXICILLINL</p> <p>COTRIMOXAZOLEM</p> <p>AUTRES COMPRIMES OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE N</p> <p>AUTRE INJECTION / IV</p> <p>ANTIBIOTIQUE O</p> <p>AUTRE MEDICAMENTS</p> <p>PARACETAMOL / PANADOL /</p> <p>ACETAMINONPHEN..... R</p> <p>ASPIRINE.....S</p> <p>IBUPROFENT</p> <p>SEULEMENT NOM DE MARQUE</p> <p>ENREGISTRÉ W</p> <p>AUTRE (préciser)..... X</p> <p>NSP /NE SOUVIENS PASZ</p>	
<p>CA24. Vérifier CA23 : Antibiotiques mentionnés ?</p>	<p>OUI, ANTIBIOTIQUES MENTIONNES,</p> <p>CA23=L-O 1</p> <p>NON, ANTIBIOTIQUES PAS</p> <p>MENTIONNES..... 2</p>	<p>2 ⇒CA26</p>

<p>CA25. Où avez-vous obtenu (<i>nom du médicament de CA23, codes L à O</i>) ?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si 'l'avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><u><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></u></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL A</p> <p>CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL B</p> <p>POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL .. C</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE .. D</p> <p>CLINIQUE MOBILE / STRATEGIE AVANCEE.....E</p> <p>AUTRE MEDICAL PUBLIC (préciser) H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUEI</p> <p>MEDECIN PRIVEJ</p> <p>PHARMACIE PRIVEE K</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL).....L</p> <p>CLINIQUE MOBILE.....M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser) O</p> <p>NSP PUBLIC OU PRIVE..... W</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE / AMIS P</p> <p>BOUTIQUE / MARCHÉ / RUE Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL R</p> <p>AUTRE (préciser)..... X</p> <p>NSP / NE SE RAPPELLE PASZ</p>	
<p>CA26. Vérifier CA23 : Antipaludéens mentionnés ?</p>	<p>OUI, ANTIPALUDEENS MENTIONNE, CA23=A-K..... 1</p> <p>NON, ANTIPALUDEENS PAS MENTIONNES..... 2</p>	<p>2 ⇒CA30</p>

<p>CA27. Ou avez-vous obtenu (<i>nom du médicament de CA23, codes A à K</i>) ?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si 'l'avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement W jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL A</p> <p>CENTRE DE SANTE GOUVERNEMENTAL B</p> <p>POSTE DE SANTE GOUVERNEMENTAL .. C</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE .. D</p> <p>CLINIQUE MOBILE / STRATEGIE AVANCEEE</p> <p>AUTRE MEDICAL PUBLIC (préciser) H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIVE / CLINIQUEI</p> <p>MEDECIN PRIVEJ</p> <p>PHARMACIE PRIVEE K</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (NON GOUVERNEMENTAL)L</p> <p>CLINIQUE MOBILE.....M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (préciser) O</p> <p>NSP PUBLIC OU PRIVE..... W</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>FAMILLE / AMISP</p> <p>BOUTIQUE / MARCHE / RUE Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL R</p> <p>AUTRE (préciser)..... X</p> <p>NSP / NE SE RAPPELLE PASZ</p>	
<p>CA28. Vérifier CA23 : Plus qu'un antipaludéen enregistré dans les codes A à K ?</p>	<p>OUI, PLUSIEURS ANTIPALUDEENS MENTIONNES 1</p> <p>NON, SEULEMENT UN ANTIPALUDEEN MENTIONNE 2</p>	<p>1 ⇒CA29A</p> <p>2 ⇒CA29B</p>
<p>CA29A. Combien de temps après le début de la fièvre (<i>nom</i>) a-t-il/elle commencé à prendre le premier de (<i>nom de tous les antipaludéens enregistrés à CA23, codes A à K</i>) ?</p> <p>CA29B. Combien de temps après le début de la fièvre (<i>nom</i>) a-t-il/elle commencé à prendre le (<i>nom de l'antipaludéen enregistré à CA23, codes A à K</i>) ?</p>	<p>MEME JOUR..... 0</p> <p>JOUR SUIVANT 1</p> <p>2 JOURS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE 2</p> <p>3 JOURS OU PLUS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE 3</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA30. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?</p>	<p>0, 1 OU 2 ANS..... 1</p> <p>3 OU 4 ANS..... 2</p>	<p>2 ⇒Fin</p>

CA31. La dernière fois que (<i>nom</i>) a déféqué, qu'est-ce qui a été fait pour se débarrasser des selles ?	ENFANT A UTILISE LES TOILETTES / LATRINES 01 MIS/JETE DANS LES TOILETTES / LATRINES 02 MIS / JETE DANS LA FOSSE OU RIGOLE . 03 JETE DANS LES ORDURES (DECHETS SOLIDES)..... 04 ENTERRE..... 05 LAISSE A L' AIR LIBRE 06 AUTRE (<i>préciser</i>)..... 96 NSP 98	
UF11. Enregistrer l'heure.	HEURES ET MINUTES..... __ __ : __ __	
UF12. Langue du questionnaire.	FRANCAIS 1	
UF13. Langue de l'entretien.	FRANCAIS 1 SHIKOMORI 2 AUTRE LANGUE (<i>préciser</i>) 6	
UF14. Langue maternelle du/de le/la répondant(e).	FRANCAIS 1 SHIKOMORI 2 AUTRE LANGUE (<i>préciser</i>) 6	
UF15. Est-ce qu'un traducteur a été utilisé pour n'importe quelle partie de ce questionnaire ?	OUI, QUESTIONNAIRE ENTIER..... 1 OUI, PARTIES DU QUESTIONNAIRE 2 NON, PAS UTILISE 3	

CONSENTEMENT MICS PLUS

UF15A. Vérifiez le numéro de ligne du répondant (UF4) dans le PANNEAU D'INFORMATION DES MOINS DE CINQ et les répondants au QUESTIONNAIRE MÉNAGE (HH47), QUESTIONNAIRE FEMME (WM3), QUESTIONNAIRE HOMME (MWM3) ou QUESTIONNAIRE 5-17 (FS4) interviewé pour l'un des autres questionnaires ?	OUI, LE RÉPONDANT EST LE MÊME, UF4=HH47 OU UF4=WM3 OU UF4=MWM3 OU UF4=FS4 NON, LE RÉPONDANT N'EST PAS LE MÊME, UF4≠HH47 ET UF4≠WM3 ET UF4≠MWM3 ET UF4≠FS4 2	1 ⇒ UF16
UF15B. Vérifiez HC7 [A] et HC12 : Ce ménage dispose-t-il d'une ligne téléphonique fixe ou est-ce qu'un membre du ménage possède un téléphone portable ?	OUI, HC7[A]=1 OU HC12=1 1 NON, HC7[A]=2 ET HC12=2 2	2 ⇒ UF16

UF15C. Merci pour votre participation.

L'Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED) mènera une enquête téléphonique sur la situation des enfants, des familles et des ménages à l'avenir. Nous aimerions vous inviter à participer à cette enquête. Si vous acceptez de participer, nous vous demanderons de partager un numéro de téléphone sur lequel nous pourrions vous joindre à des moments opportuns pour vous contacter. L'entretien téléphonique prendra environ 15 minutes, et nous pourrions vous appeler plusieurs fois sur une période de quelques mois. La participation à cette enquête téléphonique est volontaire, et même si vous acceptez de participer maintenant, vous pouvez décider de vous retirer de la participation à l'avenir. Il n'y aura aucun frais pour vous pour participer à l'enquête téléphonique. Sachez que toutes les informations que vous partagerez lors de futurs entretiens téléphoniques resteront strictement confidentielles et que votre numéro de téléphone ne sera partagé avec personne en dehors de notre équipe. Voulez-vous participer ?

OUI..... 1	2 ⇒ UF16
NON 2	

UF15D. Avez-vous un numéro de téléphone personnel ou votre ménage a-t-il un numéro commun où vous pouvez être joint ?	OUI 1 NON..... 2	2 ⇒ UF16
--	---------------------------	----------

UF15E. Vous pouvez partager le numéro commun de votre foyer, mais s'il vous plaît, ne partagez aucun numéro de téléphone personnel appartenant à des membres individuels de votre foyer. S'il vous plaît, dites-moi quel est le meilleur numéro de téléphone pour vous contacter.

	[P1] NUMÉRO PRINCIPAL	[P2] 2 ^{EME} NUMERO	[P3] 3 ^{EME} NUMERO
UF15F. Demandez et enregistrez le numéro de téléphone.	-----	-----	-----
UF15G. Juste pour confirmer, le numéro est (<i>nombre de UF15F</i>) ? <i>Si non, retournez à UF15F et corrigez l'entrée.</i>	OUI 1 NON 2 ⇒ UF15F	OUI..... 1 NON 2 ⇒ UF15F	OUI 1 NON 2 ⇒ UF15F
UF15H. S'agit-il d'une ligne fixe ou d'un numéro de téléphone mobile ?	LIGNE FIXE..... 1 MOBILE 2	LIGNE FIXE 1 MOBILE..... 2	LIGNE FIXE..... 1 MOBILE 2

<p>UF15I. Quel est le meilleur jour de la semaine et l'heure de la journée pour vous appeler sur ce numéro ?</p> <p>Insistez : Un autre jour ou heure ?</p> <p><i>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</i></p>	<p>EN SEMAINE</p> <p>MATINEE..... A</p> <p>APRES MIDI B</p> <p>SOIREE C</p> <p>AUTRE (préciser) D</p> <p>WEEKEND</p> <p>MATIN E</p> <p>APRES MIDI F</p> <p>SOIREE G</p> <p>AUTRE (préciser) H</p> <p>AUTRE (PRECISER) X</p>	<p>EN SEMAINE</p> <p>MATINEE..... A</p> <p>APRES MIDI B</p> <p>SOIREE C</p> <p>AUTRE (préciser) D</p> <p>WEEKEND</p> <p>MATIN E</p> <p>APRES MIDI F</p> <p>SOIREE G</p> <p>AUTRE (préciser) H</p> <p>AUTRE (PRECISER) X</p>	<p>EN SEMAINE</p> <p>MATINEE..... A</p> <p>APRES MIDI B</p> <p>SOIREE C</p> <p>AUTRE (préciser) D</p> <p>WEEKEND</p> <p>MATIN E</p> <p>APRES MIDI F</p> <p>SOIREE G</p> <p>AUTRE (préciser) H</p> <p>AUTRE (préciser) X</p>
<p>UF15J. N'oubliez pas que vous pouvez partager le numéro commun de votre foyer, mais s'il vous plaît, ne partagez aucun numéro de téléphone personnel appartenant à des membres individuels de votre foyer. Avez-vous un autre numéro de téléphone personnel ou commun où vous pouvez être joint ?</p>	<p>OUI 1 ☒ [P2]</p> <p>NON 2 ☒ UF16</p>	<p>OUI 1 ☒ [P3]</p> <p>NON 2 ☒ UF16</p>	<p>OUI 1 ☒ [P4]</p> <p>NON 2 ☒ UF16</p>

Cochez ici si questionnaire supplémentaire utilisé: ☐

UF16. Dire au/à la répondant(e) que vous devez mesurer et peser l'enfant avant de partir du ménage et qu'un(e) collègue viendra s'en occuper avec vous. Préparer la FICHE DU MODULE ANTHROPOMETRIE pour cet enfant.

Vérifier les colonnes HL10 et HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE : Est-ce que le/la répondante est la mère/gardien(ne) d'un autre enfant de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?

☐ Oui ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis aller au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS à administrer à le/la même répondant(e).

☐ Non ⇒ Vérifier HL6 et colonne HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE : Est-ce que le/la répondant(e) est la mère/gardien(ne) d'un enfant de 5-17 ans sélectionné pour le Questionnaire Enfant de 5-17 ans dans ce ménage ?

☐ OUI ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANT DE 5-17 ANS à administrer à le/la même répondante.

☐ NON ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis finir l'interview avec ce/cette répondant(e) en le/la remerciant pour sa coopération. Vérifier s'il y a d'autres questionnaires à administrer dans ce ménage.

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE	

PANNEAU D'INFORMATION MODULE ANTHROPOMETRIE		AN
AN1. Numéro de grappe : _____	AN2. Numéro du ménage : _____	
AN3. Nom et numéro de ligne de l'enfant : NOM _____	AN4. Age de l'enfant à UB2 : AGE (EN ANNEES REVOLUES)..... _____	
AN5. Nom et numéro de ligne de la mère / gardien(ne) : NOM _____	AN6. Nom et numéro de l'enquêtrice : NOM _____	

ANTHROPOMETRIE		
AN7. Nom et numéro du mesureur :	NOM _____	
AN8. Enregistrer le résultat de la mesure du poids tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>	KILOGRAMMES (KG)..... _____ , _____ ENFANT PAS PRESENT APRES VISITES 99.3 ENFANT REFUS..... 99.4 REPONDANTE REFUSE 99.5 AUTRE (préciser)..... 99.6	99.3 ⇒ AN13 99.4 ⇒ AN10 99.5 ⇒ AN10 99.6 ⇒ AN10
AN9. Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum ?	OUI 1 NON, L'ENFANT N'A PAS PU ETRE DESHABILLE AU MINIMUM..... 2	
AN10. Vérifier AN4 : Age de l'enfant ?	0 OU 1 AN 1 2, 3 OU 4 ANS 2	1 ⇒ AN11A 2 ⇒ AN11B
AN11A. L'enfant a moins de 2 ans et doit être mesuré couché. Enregistrer le résultat de la mesure de la longueur tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>	LONGUEUR / TAILLE (CM) _____ , _____ ENFANT REFUSE 999.4 REPONDANTE REFUSE 999.5 AUTRE (préciser)..... 999.6	999.4 ⇒ AN13 999.5 ⇒ AN13 999.6 ⇒ AN13
AN11B. L'enfant a au moins 2 ans et doit être mesuré debout. Enregistrer le résultat de la mesure de la taille tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>		
AN12. Comment est-ce que l'enfant a été mesuré ? Couché ou debout ?	COUCHE 1 DEBOUT 2	
AN13. Date de mesures : Jour/ Mois / Année : _____ / _____ / 2 0 2 _____		
AN14. Est-ce qu'il y a un autre enfant de moins de 5 ans dans ce ménage qui n'a pas encore été mesuré ?	OUI 1 NON 2	1 ⇒ Enfant suivant
AN15. Remercier la répondante pour sa coopération et informer votre chef d'équipe que le mesureur et vous, avez fini toutes les mesures de ce ménage.		

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRIX SUR LE MODULE ANTHROPOMETRIE

[illegible]

OBSERVATIONS DU MESUREUR SUR LE MODULE ANTHROPOMETRIE

[illegible]

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE SUR LE MODULE ANTHROPOMETRIE