

ENQUÊTE ANTHROPOMETRIQUE, 2004

REPUBLIQUE DE MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

SEECALINE

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

IDENTIFICATION

NOM	Mettre nom ici	code	commentaires
F01	Code grappe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
F02	Province (Faritany)	<input type="text"/>	
F03	District/Fivondronana	<input type="text"/> <input type="text"/>	
F04	Commune	<input type="text"/> <input type="text"/>	
F05	Fokontany	<input type="text"/> <input type="text"/>	
F06	URBAIN/RURAL	1=urbain 2=rural	
F07	Fkt avec site Seecaline	1=OUI 2=NON	
F08	Code menage	<input type="text"/> <input type="text"/>	
F09	Femme	<input type="text"/> <input type="text"/>	Voir tableau de menage

SECTION X- SURVEY STAFF DETAILS

VISITES D'ENQUÊTRICE														
	1	2	3	VISITE FINALE										
DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 4 NOM <input type="text"/> RÉSULTAT <input type="text"/>										
NOM DE L'ENQUÊTRICE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
RÉSULTAT*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
PROCHAINE VISITE :DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NBRE.TOTAL DE VISITES <input type="text"/>										
HEURE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
*CODES RÉSULTAT: <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 REMPLI</td> <td>4 REFUSÉ</td> <td>7 LOGEMENT VIDE</td> </tr> <tr> <td>2 PAS AU SITE</td> <td>5 REMPLI PARTIELLEMENT</td> <td>8 LOGEMENT DETRUIT/NON TROUVE</td> </tr> <tr> <td>3 DIFFÉRÉ</td> <td>6 MENAGE ABSEN POUR UNE LONGUE PERIODE</td> <td>9 AUTRE _____</td> </tr> </table> (PRÉCISER)					1 REMPLI	4 REFUSÉ	7 LOGEMENT VIDE	2 PAS AU SITE	5 REMPLI PARTIELLEMENT	8 LOGEMENT DETRUIT/NON TROUVE	3 DIFFÉRÉ	6 MENAGE ABSEN POUR UNE LONGUE PERIODE	9 AUTRE _____	
1 REMPLI	4 REFUSÉ	7 LOGEMENT VIDE												
2 PAS AU SITE	5 REMPLI PARTIELLEMENT	8 LOGEMENT DETRUIT/NON TROUVE												
3 DIFFÉRÉ	6 MENAGE ABSEN POUR UNE LONGUE PERIODE	9 AUTRE _____												
CONTRÔLEUSE		CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLE BUREAU										
NOM _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>										
DATE _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	DATE _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>										
CHECK: <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>TAILLE DU MENAGE</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NB FEMMES ELIGIBLES</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NB FEMMES INTERVIEWES</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NB ENFANTS ELIGIBLES</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NB FEMMES ENCEINTES</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> </table>					TAILLE DU MENAGE	<input type="text"/> <input type="text"/>	NB FEMMES ELIGIBLES	<input type="text"/> <input type="text"/>	NB FEMMES INTERVIEWES	<input type="text"/> <input type="text"/>	NB ENFANTS ELIGIBLES	<input type="text"/> <input type="text"/>	NB FEMMES ENCEINTES	<input type="text"/> <input type="text"/>
TAILLE DU MENAGE	<input type="text"/> <input type="text"/>													
NB FEMMES ELIGIBLES	<input type="text"/> <input type="text"/>													
NB FEMMES INTERVIEWES	<input type="text"/> <input type="text"/>													
NB ENFANTS ELIGIBLES	<input type="text"/> <input type="text"/>													
NB FEMMES ENCEINTES	<input type="text"/> <input type="text"/>													

Section FA: Liste des enfants

N°.	QUESTION	REPONSE/CODES	ALLER À
FA01	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les grossesses que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous eu des grossesses?	OUI 1 NON 2	→ FIN
FA02	Combien de grossesses avez eu?	NAISSANCES VIVANTES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVORTEMENTS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FAUSSES COUCHES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MORTS NEES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
FA03	Combien de fils vivent avec vous? Combien de filles vivent avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FILLES À LA MAISON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
FA04	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI 1 NON 2	→ FA06
FA05	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FILLES AILLEURS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
FA06	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI 1 NON 2	
FA07	Combien de garçons sont décédés? Combien de filles sont décédées? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FILLES DÉCÉDÉES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Section FB. Soins prénatals

Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre santé et les soins médicaux que vous avez reçu pendant votre grossesse.

PREMIERE COLONNE: A REMPLIR SI LA FEMME EST ACTUELLEMENT ENCEINTE

DERNIERE COLONNE: A REMPLIR SI LA FEMME A DEJA DONNE NAISSANCE DEPUIS 1999. DONNER LES INFORMATIONS CONCERNANT LA DERNIERE NAISSANCE

NOTE: AU CAS OU LA FEMME A DEJA DONNÉ NAISSANCE ET ELLE EST ACTUELLEMENT ENCEINTE REMPLISSEZ LES DEUX COLONNES

		FEMME ACTUELLEMENT ENCEINTE	NAISSANCE PRECEDENTE
FB00	Êtes-vous enceinte en ce moment?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	
FB01	Avez-vous une carte (ou un carnet) de santé ou un autre document où sont inscrites vos propres vaccinations? SI OUI : PUIS-JE LE VOIR ?	OUI (CARTE VUE) 1 OUI (CARTE PAS VUE) 2 NON 3 NE SAIT PAS 8	OUI (CARTE VUE) 1 OUI (CARTE PAS VUE) 2 NON 3 NE SAIT PAS 8

		FEMME ACTUELLEMENT EINCENTE	NAISSANCE PRECEDENTE
FB02	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À FB03) ←	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À FB03) ←
FB02a	Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN..... 1 INFIRMIÈRE/SAGE- FEMME/ASSISTANT MEDICAL 2 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT..... 3	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN 1 INFIRMIÈRE/SAGE- FEMME/ASSISTANT MEDICAL 2 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT..... 3
FB03	Pourquoi pas?	CENTRE TROP LOIN 1 SOIS TROP CHER 2 TABOU 3 MARIE NON CONSENTANT 4 MANQUE DE TEMPS 5 JE ETAIT PAS MALADE 6 JE NE SAIS PAS 7 AUTRES 8 (PASSER À FB07) ←	CENTRE TROP LOIN 1 SOIS TROP CHER 2 TABOU 3 MARIE NON CONSENTANT 4 MANQUE DE TEMPS 5 JE ETAIT PAS MALADE 6 JE NE SAIS PAS 7 AUTRES 8 (PASSER À FB07) ←
FB04	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre <u>première</u> consultation prénatale?	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
FB05	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse?		NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
FB06	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre <u>dernière</u> consultation prénatale?	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
FB07	Durant cette grossesse, avez-vous reçu une injection dans votre bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos , c'est-à-dire une injection qui évite des convulsions après la naissance?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À FB09) ← NE SAIT PAS 8	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À FB09) ← NE SAIT PAS 8
FB08	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
FB09	Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné des comprimés de fer?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À FB20) ← NE SAIT PAS 8	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À FB20) ← NE SAIT PAS 8
FB10	Combien de comprimés de fer vous-a-t-on <u>donné</u> ?	NOMBRE DE COMPRIMÉS <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	NOMBRE DE COMPRIMÉS <input type="text"/> NE SAIT PAS 998

		FEMME ACTUELLEMENT EINCENTE	NAISSANCE PRECEDENTE
FB11	Durant toute la grossesse, combien de comprimés avez-vous pris du fer? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE TABLETS.	NOMBRE DE COMPRIMÉS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	NOMBRE DE COMPRIMÉS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998
FB12	Etes-vous dispose a acheter les comprimés de fer?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
FB13	Pourquoi n'avez-vous pas pris tout le nombre de comprimés que vous avez reçu? [REPENDRE SI LE NOMBRE RECU (FB10) EST DIFFERENT DU NOMBRE PRIS (FB11)]	J'AI OUBLIE D'EN PRENDRE 1 J'AVAIS DE NAUSEE ET AVAIS ARRETE 2 SE SENTIT MIEUX ET AVAIS ARRETE 3 AVAIT PEUR QUE LE BEBE SERAIT GROS LORS DE L'ACCOUCHEMENT 4 AVAIT PEUR DE SAIGNER BEAUCOUP LORS DE L'ACCOUCHEMENT 5 AUTRE 6 NE SAIT PAS 8	J'AI OUBLIE D'EN PRENDRE 1 J'AVAIS DE NAUSEE ET AVAIS ARRETE 2 SE SENTIT MIEUX ET AVAIS ARRETE 3 AVAIT PEUR QUE LE BEBE SERAIT GROS LORS DE L'ACCOUCHEMENT 4 AVAIT PEUR DE SAIGNER BEAUCOUP LORS DE L'ACCOUCHEMENT 5 AUTRE 6 NE SAIT PAS 8
FB14	Avez-vous tire bénéfice des comprimés de fer?	OUI 1 NON 2 (PASSER À FB16) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À FB16) ◀ NE SAIT PAS 8
FB15	Quels sont les effets positifs des comprimés de fer sur votre santé ou sur la santé de vos enfants?	MEILLEURE SANTÉ 1 PLUS D'ENERGIE 2 REND MON ENFANT EN MEILLEURE SANTE 3 AUTRE 6 NE SAIS PAS 8	MEILLEURE SANTÉ 1 PLUS D'ENERGIE 2 REND MON ENFANT EN MEILLEURE SANTE 3 AUTRE 6 NE SAIS PAS 8
FB16	Connaissez-vous d'autres femmes qui ont pris de comprimés de fer?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
FB17	Avez-vous été conseille par quelqu'un a prendre de comprimés de fer (connaissances, amis, voisins, parents)?	OUI 1 NON 2 (PASSER À FB20) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À FB20) ◀ NE SAIT PAS 8
FB18	Par qui avez-vous été conseille a prendre de comprimés de fer (connaissances, amis, voisins, parents)?	MEDICIN 1 ACN SEECALINE 2 AMIS/PARENTS 3 CONNAISSANCES/VOISINS 4 AUTRES 5 NE SAIT PAS 8	MEDICIN 1 ACN SEECALINE 2 AMIS/PARENTS 3 CONNAISSANCES/VOISINS 4 AUTRES 5 NE SAIT PAS 8

Traitement/prévention des maladies de la femme enceinte

FB20	Avez-vous souffert de la fièvre, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
FB21	Avez-vous pris des médicaments contre la fièvre?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
FB22	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme?	OUI 1 NON 2 (PASSER À FB24) ◀ NE SAIT PAS 8	

FB23	Quelles médicaments avez-vous?	ANTIPALUDIQUES CHLOROQUINE..... 1 FANSIDAR 2 QUININE 3	
	ENCIRCLER LES REPONSES	AUTRES MEDICAMENTS ASPIRINE..... 4 PARACETAMOL 5 AUTRE 6 NE SAIT PAS 8	
FB24	Avez-vous dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
FB25	Est-ce que la moustiquaire a été imprégnée d'insecticide ou non depuis que vous l'avez eue ?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

Section FC. Accouchement/allaitement maternelle

Accouchement

Regardez le tableau de ménage (questionnaire short –section B) et copiez le CODE de tous les enfants moins de 5 ans		DERNIERE NAISSANCE CODE ENFANT <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT DERNIERE NAISSANCE CODE ENFANT <input type="text"/> <input type="text"/>
FC01	(NOM) a-t-il/elle né(e) a terme?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
FC02	Quand (NOM) est né(e), était-il/ elle: Très gros, plus gros que la moyenne, moyen, Plus petit que la moyenne, ou très petit?	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8
FC03	Où avez-vous accouché de (NOM)?	VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔSPITAL/CSB 21 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 31 AUTRE 96 (PRÉCISER)	VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔSPITAL/CSB 21 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 31 AUTRE 96 (PRÉCISER)
FC04	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)?	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN 1 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL 2 ACCOUCHEUSE TRADIT..... 3 PARENTS/AMIS 4 AUTRE 5 PERSONNE 6	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN 1 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL 2 ACCOUCHEUSE TRADIT. 3 PARENTS/AMIS 4 AUTRE 5 PERSONNE 6
FC05	Au cours de l'accouchement de (NOM), avez-vous reçu une injection pour éviter le tétanos?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
FC06	Après la naissance de (NOM), est-ce quelqu'un vous a examinée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À FC08) ←	

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT DERNIERE NAISSANCE
		CODE ENFANT	CODE ENFANT
FC07	Qui vous a examinée à ce moment-là? INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN.....1 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL.....2 ACCOUCHEUSE TRADIT.3 ACN SEECALINE.4 PARENTS/AMIS5 AUTRE6	
FC08	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A?	OUI 1 NON.....2 (PASSER À FC10) ←	
FC09	Par qui avez-vous reçu la dose de vitamine A?	CENTRE DE SANTE DE BASE 1 ACN SEECALINE2 MOBILISATOR SANTE/CAMPAIGNE DE MASSE3 AUTRE5 NE SAIT PAS.....8	

Allaitement maternel

FC10	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI..... 1 NON2 (PASSER À SECTION FD) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À SECTION FD) ←
FC11	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS NE SAIT PAS 98	MOIS..... NE SAIT PAS 98
FC12	Connaissez-vous la méthode de l'allaitement maternel <u>exclusif</u> ?	OUI..... 1 NON 2(PASSER À B13) ←	
FC12a	Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel <u>exclusif</u> ?	ACN SEECALINE.....00 SECTEUR PUBLIC 11 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 22 AUTRE SOURCE AGENT VBC..... 31 MEDIA SPOTS..... 32 BOUTIQUE 33 KIOSQUE..... 34 ÉGLISE 35 PARENTS/AMIS..... 36 VOISINS/COMMUNAUTE 37 AUTRE 96 (PRÉCISER)	
FC13	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT..... 000 HEURES 1 JOURS 2	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 JOURS..... 2
FC14	Dans les 3 jours avant que les seins de la mère commencent à produire du lait régulièrement, avez-vous donné de 'colustrum' à (NOM)?	OUI..... 1 NON2 (PASSER À FC16) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À FC16) ←

		DERNIERE NAISSANCE		AVANT DERNIERE NAISSANCE	
		CODE ENFANT	<input type="text"/>	CODE ENFANT	<input type="text"/>
FC15	Si non, pourquoi?	PAS DE LACTATION	1	PAS DE LACTATION	1
		CESARIENNE	2	CESARIENNE	2
		MALADE	3	MALADE	3
		TABOU	4	TABOU	4
		C'EST PAS BON POUR LE BEBE	5	C'EST PAS BON POUR LE BEBE	5
		AUTRE	6	AUTRE	6
FC16	Qu'est-ce qu'il avait été donné à (NOM) avant que les seins de la mère commencent à produire du lait régulièrement ?	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL).....	1	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL)	1
		EAU.....	2	EAU	2
		EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE... 3	3	EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE... 3	3
		SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE	4	SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE	4
		PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ	5	PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ	5
		THÉ/INFUSIONS.....	6	THÉ/INFUSIONS.....	6
		MIEL.....	7	MIEL	7
		SEIN	8	SEIN	8
		AUTRE	9	AUTRE	9
		(SPÉCIFIER)		(SPÉCIFIER)	
FC17	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI.....	1		
		NON	2		
		(PASSER À SECTION FD) ←			
FC18	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT..	<input type="text"/>		
FC19	Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant la journée? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR	<input type="text"/>		
FC20	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de nourriture vous mangez depuis que vous avez commencé à allaiter (NOM). Mangez-vous plus que d'habitude, comme d'habitude ou moins que d'habitude?	PLUS QUE D'HABITUDE	1	COMME D'HABITUDE	2
		MOINS QUE D'HABITUDE.....	3	NE SAIT PAS	8
FC21	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose hier ou la nuit dernière?	OUI.....	1	NON	2
		NE SAIT PAS	8		
FC22	Est-ce que du sucre a été ajouté à n'importe quel aliment ou liquide donné à (NOM), hier?	OUI.....	1	NON	2
		NE SAIT PAS	8		
FC23	Hier, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été nourri (e)? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS	<input type="text"/>	NE SAIT PAS	8
FC24a	Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été nourri (e) de <u>purées/aliments semi-solides</u> ? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS	<input type="text"/>	NE SAIT PAS	8
FC24b	Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été nourri (e) <u>d'aliments solides</u> ? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS	<input type="text"/>	NE SAIT PAS	8

FC25	Qu'est avez-vous donne a boire/manger a (NOM) jusqu'à 6 mois de vie?	LAIT MATERNELLE 1	LAIT MATERNELLE 1
		LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL)..... 2	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) 2
		LAIT ET AUTRE ALIMENTS SEMI-SOLIDES 3	LAIT ET AUTRE ALIMENTS SEMI-SOLIDES 3
		LAIT ET AUTRE ALIMENTS SOLIDES 4	LAIT ET AUTRE ALIMENTS SOLIDES 4
		NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8

Section FD. Santé des enfants

INSCRIRE LE CODE, LE NOM, L'ÉTAT DE SURVIE DE **CHAQUE** NAISSANCE SURVENUE DEPUIS 1999. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES)

Vaccinations des enfants

		DERNIÈRE NAISSANCE CODE ENFANT <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE CODE ENFANT <input type="text"/> <input type="text"/>
FD01	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
FD02	Par qui est-ce que (NOM) a reçu la dose de vitamine A?	CENTRE DE SANTE DE BASE 1 ACN SEECALINE 2 MOBILISATOR SANTE/CAMPAIGNE DE MASSE 3 ECOLE 4 AUTRE 5 NE SAIT PAS 8	CENTRE DE SANTE DE BASE 1 ACN SEECALINE 2 MOBILISATOR SANTE/CAMPAIGNE DE MASSE 3 ECOLE 4 AUTRE 5 NE SAIT PAS 8
FD03	Quel message vous ont donne quand (NOM) a reçu la dose de vitamine A ? ENCERCLER LES REPONSES	IMPORTANT POUR LA CROISSANCE DE L'ENFANT 1 IMPORTANT POUR LA VISION 2 IMPORTANT POUR LA PREVENTION DES MALADIES 3 IMPORTANT DE CONSOMMER DES ALIMENTS JEUNES 4 NO MESSAGE 5 NE SAIT PAS 8	IMPORTANT POUR LA CROISSANCE DE L'ENFANT 1 IMPORTANT POUR LA VISION 2 IMPORTANT POUR LA PREVENTION DES MALADIES 3 IMPORTANT DE CONSOMMER DES ALIMENTS JEUNES 4 NO MESSAGE 5 NE SAIT PAS 8
FD04	Est-ce que (NOM) a reçu une deuxième dose de vitamine A, au cours des 6 derniers mois?	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD06) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD06) ◀ NE SAIT PAS 8
FD05	Pourquoi ils-ont vous donne une deuxième dose de vitamine A ?	ROUGEOLE 1 VARICELLE 2 DIARRHÉE 3 AUTRE MALADIE 4 NE SAIT PAS 8	ROUGEOLE 1 VARICELLE 2 DIARRHÉE 3 AUTRE MALADIE 4 NE SAIT PAS 8
FD06	Avez-vous un carnet de vaccination où les vaccinations de (NOM) sont inscrites?	OUI, VU 1 (PASSER À FD07) ◀ OUI, MAIS PAS VU 3 (PASSER À FD09) ◀ PAS DE CARNET 4 (PASSER À FD09) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI, VU 1 (PASSER À FD07) ◀ OUI, MAIS PAS VU 3 (PASSER À FD09) ◀ PAS DE CARNET 4 (PASSER À FD09) ◀ NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE CODE ENFANT <input type="text"/>	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE CODE ENFANT <input type="text"/>
FD07	<p>(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DU CARNET.</p> <p>(2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.</p> <p>BCG</p> <p>POLIO 0 (à la naissance)</p> <p>POLIO 1</p> <p>POLIO 2</p> <p>POLIO 3</p> <p>DTcoq 1</p> <p>DTcoq 2</p> <p>DTcoq 3</p> <p>Rougeole</p> <p>Hépatite – B1</p> <p>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</p> <p>Autres [spécifier _____]</p>	<p>JOUR MOIS ANNÉE</p> <p>BCG..... <input type="text"/></p> <p>P0..... <input type="text"/></p> <p>P1..... <input type="text"/></p> <p>P2..... <input type="text"/></p> <p>P3..... <input type="text"/></p> <p>D1..... <input type="text"/></p> <p>D2..... <input type="text"/></p> <p>D3..... <input type="text"/></p> <p>ROUG .. <input type="text"/></p> <p>HépB1 .. <input type="text"/></p> <p>VIT. A ... <input type="text"/></p> <p>autres... <input type="text"/></p>	<p>JOUR MOIS ANNÉE</p> <p>BCG..... <input type="text"/></p> <p>P0..... <input type="text"/></p> <p>P1..... <input type="text"/></p> <p>P2..... <input type="text"/></p> <p>P3..... <input type="text"/></p> <p>D1..... <input type="text"/></p> <p>D2..... <input type="text"/></p> <p>D3..... <input type="text"/></p> <p>ROUG ... <input type="text"/></p> <p>HépB1... <input type="text"/></p> <p>VIT. A.... <input type="text"/></p> <p>autres... <input type="text"/></p>
FD08	<p>Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations <u>qui ne sont pas inscrites sur ce carnet</u>, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination?</p> <p>ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ET/OU ROUGEOLE.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSER À FD10) ◀</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSER À FD10) ◀</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
FD09	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes:		
FD09a	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse, généralement, une cicatrice? ³	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
FD09b	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSER À FD09e) ◀</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSER À FD09e) ◀</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
FD09c	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard?	<p>JUSTE APRÈS LA NAISSANCE 1</p> <p>PLUS TARD 2</p>	<p>JUSTE APRÈS LA NAISSANCE 1</p> <p>PLUS TARD 2</p>
FD09d	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
FD09e	La vaccination du DTcoq, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse donnée généralement en même temps que les gouttes contre la polio?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSER À FD09g) ◀</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSER À FD09g) ◀</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
FD09f	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
FD09G	Une injection contre la rougeole?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>

		DERNIÈRE NAISSANCE CODE ENFANT <input type="text"/>	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE CODE ENFANT <input type="text"/>
FD10	Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations pendant ces deux dernières années au cours d'une journée nationale de vaccination?	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD11) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD11) ← NE SAIT PAS 8
FD10A	Au cours de quelle journée nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccinations? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	NOM CAMPAGNE/ (TYPE/DATE) 1..... A 2..... B 3..... C 4..... D	NOM CAMPAGNE/ (TYPE/DATE) 1..... A 2..... B 3..... C 4..... D

Traitement des maladies des enfants

FD11	Est-ce que (NOM) a eu de la <u>fièvre</u> , à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
FD12	Est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre?	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD13) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD13) ← NE SAIT PAS 8
FD12A	Quel médicament (NOM) a-t-il pris ?	FANSIDAR A CHLOROQUINE B ASPIRINE C IBUPROFENACET AMINOPHEN ... D AUTRE X NE SAIT PAS Z	FANSIDAR A CHLOROQUINE B ASPIRINE C IBUPROFENACET AMINOPHEN ... D AUTRE X NE SAIT PAS Z
FD13	Est-ce que (NOM) a souffert de la <u>toux</u> , à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
FD14	Est-ce que (NOM) a eu la <u>diarrhée</u> au cours des deux dernières semaines?	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD20) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD20) ← NE SAIT PAS 8
FD15	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide (NOM) a reçu durant sa diarrhée. Lui avez-vous donné à <u>boire</u> moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? <u>SI MOINS, INSISTER</u> : Lui avez-vous donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
FD16	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous donné moins à <u>manger</u> que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout? <u>SI MOINS, INSISTER</u> : Lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8
FD17	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire?	OUI NON NSP	OUI NON NSP
a	Un liquide préparé à partir d'un sachet ?	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8
b	Un liquide maison recommandé par le gouvernement?	LIQUIDE MAISON 1 2 8	LIQUIDE MAISON 1 2 8

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		CODE ENFANT <input type="text"/> <input type="text"/>	CODE ENFANT <input type="text"/> <input type="text"/>
FD18	Est-ce que quelque chose d'autre a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI1 NON.....2 (PASSER À FD20) ◀ NE SAIT PAS.....8	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À FD20) ◀ NE SAIT PAS..... 8
FD19	Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION..... B (I.V.) INTRAVEINEUSE..... C REMÈDES MAISON/PLANTES D AUTRE X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION..... B (I.V.) INTRAVEINEUSE..... C REMÈDES MAISON/PLANTES D AUTRE X (PRÉCISER)
FD20	VÉRIFIER FC17 : DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITÉ?	"OUI" À FC17 <input type="checkbox"/> "NON" À FC17 <input type="checkbox"/> (PASSER À FD17)	
FD20a	Quand (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines, avez-vous changé le nombre d'allaitement/ de tétées?	OUI1 NON.....2 (PASSER À FD17) ◀	
FD20b	Pendant la diarrhée que (NOM) a eu au cours des deux dernières semaines, lui avez-vous augmenté ou réduit le nombre d'allaitement/ tétées, ou avez-vous arrêté complètement de l'allaiter ?	AUGMENTÉ1 RÉDUIT2 ARRÊTÉ COMPLÈTEMENT3	
FD21	Avec qui parlez vous souvent de la santé de vos enfants?	Mères SEECALINE1 Mères non-SEECALINE2 ACN.....3 AUTRE4 (PRÉCISER) PERSONNE.....5 NE SAIT PAS.....8	Mères SEECALINE 1 Mères non-SEECALINE 2 ACN 3 AUTRE 4 (PRÉCISER) PERSONNE 5 NE SAIT PAS..... 8
FD22	Avez-vous recherché des <u>conseils</u> ou un <u>traitement</u> pour la maladie de (NOM)?	OUI1 NON.....2 (PASSER À FD22) ◀	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À FD22) ◀
FD22a	Où avez-vous demandé un conseil pour la maladie? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC/CENTRE DE SANTE A SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ B AUTRE SOURCE AGENT VBCL BOUTIQUEM KIOSQUE N GUÉRISSEUR TRADITIONNEL.. O ACN SEECALINE P AUTRE AGENT NUTRITION COMMUNITAIRE Q AUTRES MERES SEECALINE ..R AUTRES MERES NON-SEECALINE S AUTRE X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC/CENTRE DE SANTE A SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ B AUTRE SOURCE AGENT VBCL BOUTIQUEM KIOSQUEN GUÉRISSEUR TRADITIONNEL..O ACN SEECALINE..... P AUTRE AGENT NUTRITION COMMUNITAIREQ AUTRES MERES SEECALINE ..R AUTRES MERES NON-SEECALINE S AUTRE X (PRÉCISER)

FD22b	Où avez-vous eu un traitement? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC/CENTRE DE SANTE..... A SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ B AUTRE SOURCE AGENT VBCL BOUTIQUEM KIOSQUEN GUÉRISSEUR TRADITIONNEL..O AUTRE _____ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC/CENTRE DE SANTE A SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ B AUTRE SOURCE AGENT VBCL BOUTIQUEM KIOSQUE.....N GUÉRISSEUR TRADITIONNEL..O AUTRE _____ X (PRÉCISER)
-------	---	--	--

Nourriture des enfants

		DERNIÈRE NAISSANCE CODE ENFANT <input type="text"/>	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE CODE ENFANT <input type="text"/>
FD23	Combien de repas (NOM) prend-il/elle dans la journée?	3 FOIS PAR JOUR OU PLUS 1 2 FOIS PAR JOUR 2 1 FOIS PAR JOUR 3 5-6 FOIS PAR SEMAINE 4 3-4 FOIS PAR SEMAINE 5 MOINS DE 2 FOIS PAR SEMAINE 6 NE SAIT PAS 8	3 FOIS PAR JOUR OU PLUS 1 2 FOIS PAR JOUR 2 1 FOIS PAR JOUR 3 5-6 FOIS PAR SEMAINE 4 3-4 FOIS PAR SEMAINE 5 MOINS DE 2 FOIS PAR SEMAINE 6 NE SAIT PAS 8
FD24	Combien de jours, au cours des 7 derniers jours (et compris hier), [NOM] a-t-il/elle bu un ou des liquides suivants? DEMANDER POUR CHACUN DES LIQUIDES BUS	<u>7 DERNIERS JOURS</u> <u>NOMBRE DE JOURS</u>	<u>HIER/</u> <u>NUIT DERNIÈRE</u> <u>NOMBRE DE FOIS</u>
FD25 a	SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'. Eau?	a <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>
b	Eau de riz?	b <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>
FD	Préparation artificielle pour bébé?	c <input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>
d	Tout autre type de lait, comme le lait en boîte, en poudre, ou le lait frais d'animal?	d <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>
e	Jus de fruit?	e <input type="checkbox"/>	e <input type="checkbox"/>
f	Autres liquides?	f <input type="checkbox"/>	f <input type="checkbox"/>

FD26	Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM] a-t-il/elle reçu un ou des aliments suivants? Combien de fois, hier/la nuit dernier, [NOM] a-t-il/elle reçu un ou des aliments suivants? DEMANDER POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS. SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.	7 DERNIERS JOURS	HIER/ NUIT DERNIÈRE	7 DERNIERS JOURS	HIER/ NUIT DERNIÈRE
		NOMBRE DE JOURS	NOMBRE DE FOIS	NOMBRE DE JOURS	NOMBRE DE FOIS
A	Aliments à base de <u>céréales</u> [ex: Mogofasy, mil, sorgho, maïs, riz, blé, bouillie, ou autres céréales locales]?	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
B	Igname ou courge <u>rouge ou jaune</u> , carottes ou patates douces rouges?	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
C	Autres aliments à base de <u>tubercules</u> [par ex: pommes de terre, igname blanche, manioc, farine de manioc (cassava), ou autre tubercules/racines locales]?	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
D	N'importe quel légume à <u>feuilles vertes</u> ?	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
E	<u>Mangue, papaye</u> [ou autres fruits locaux riches en vitamine A]?	E <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
F	Tout <u>autre fruit et légume</u> [par ex: banane, pomme, haricots verts, avocat, tomate]?	F <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
G	<u>volaille, poisson, coquillages, ou oeufs</u> ?	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
H	Autres aliments à base de légumes [par ex: lentilles, haricots, soja, légumineuses, ou arachides]?	H <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
I	<u>Fromage ou yaourts</u> ?	I <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>
J	Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou de beurre?	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>
K	Viande (zebu)?	K <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>
L	Farine de SEECALINE	L <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>
M	Autre Farine	M <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
FD27	Avec qui parlez vous souvent sur l'alimentation de vos enfants?	Mères SEECALINE..... 1 Mères non-SEECALINE..... 2 ACN..... 3 AUTRE..... 4 (PRÉCISER) PERSONNE..... 5 NE SAIT PAS..... 8			
FD28	Avez-vous reçu des conseils sur l'alimentation de vos enfants ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À section FE) ←			
FD28 a	Par qui avez-vous reçu des conseils sur l'alimentation de vos enfants ?	ACN SEECALINE..... 1 AUTRE INTERVENANTS..... 2 AMIS/PARENTS..... 3 AUTRES MERES SEECALINE..... 4 AUTRES MERES non-SEECALINE. 5			

Section FE: Accès aux services médicaux

	QUESTION	REPONSE/CODES	
FE01	VERIFIER SI LE MARI EST PRESENT Quand (votre enfant/l'un de vos enfants) est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider de prendre l'enfant pour qu'il soit traité médicalement? SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEUREMENT MALADE, DEMANDER: Si (votre enfant/ l'un de vos enfants) tombait sérieusement malade, pourriez-vous, vous-même, décider de prendre l'enfant pour qu'il soit traité médicalement?	OUI..... 1 NON..... 2 CELA DÉPEND..... 3	

FE02	Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même.			
	Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir des conseils ou des traitements médicaux pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou un traitement médical, est-ce-que les questions suivantes constituent, pour vous, un gros problème, un problème mineur ou ne posent aucun problème?	GROS PROBLÈME	PETIT PROBLÈME	AUCUN PROBLÈME
	Savoir où aller.	1	2	3
	Obtenir la permission d'y aller.	1	2	3
	Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement.	1	2	3
	Ne pas disposer d'un établissement de santé à proximité.	1	2	3
	Devoir prendre un moyen de transport.	1	2	3
Ne pas vouloir s'y rendre seule.	1	2	3	
Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.	1	2	3	
FE03	Il y'a t-il un établissement de santé à côté de vous dans votre village/centre urbain où vous pouvez vous rendre pour être soigné?	OUI..... 1 NON 2		
FE04	Etiez-vous allé au cours des 3 derniers mois à un centre de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants)?	OUI..... 1 NON 2		
FE05	Combien de temps prenez-vous pour aller au centre de santé?	HEURES [] MINUTES []		

Section FF: enquête subjective de niveau de vie

FF01	Concernant votre niveau de vie, vous pensez que elle est:?	Moins que suffisant pour mes besoins 1 Suffisant pour mes besoins 2 Plus que suffisant pour mes besoins 3 Ne sait pas 8	
FF02	Concernant votre soins de santé, vous pensez que ils sont:?	Moins que suffisantes pour mes besoins 1 Suffisantes pour mes besoins 2 Plus que suffisantes pour mes besoins 3 Ne sait pas 8	
FF03	Concernant la condition de vos enfants, vous pensez que elle est:?	Moins que suffisant pour leur besoins 1 Suffisant pour leur besoins 2 Plus que suffisant pour leur besoins 3 Ne sait pas 8	
FF04	Concernant les soins de santé de vos enfants, vous pensez que ils sont:?	Moins que suffisantes pour leur besoins 1 Suffisantes pour leur besoins 2 Plus que suffisantes pour leur besoins 3 Ne sait pas 8	
FF05	Concernant la nourriture de vos enfants (au cours des 7 derniers jours), vous pensez que elle est:?	Moins que suffisant pour leur besoins 1 Suffisant pour leur besoins 2 Plus que suffisant pour leur besoins 3 Ne sait pas 8	
FF06	Concernant l'éducation de vos enfants, vous pensez que elle est:?	Moins que suffisant pour leur besoins 1 Suffisant pour leur besoins 2 Plus que suffisant pour leur besoins 3 Les enfants ne sont pas a l'école 4 Ne sait pas 8	

Section FG: connaissance du programme Seecaline

	QUESTION	REPONSE/CODE	
FG01	Connaissez-vous les activités de SEECALINE?	OUI 1 NON 2	

		FIN ←	
		NE SAIT PAS	8
FG01a	[si oui] pouvez-vous les énumérer? ENCERCLER LE(S) REPONSE(S)	PESEE VISITE A DOMICILE EDUCATION NUTRITIONELLE DEMONSTRATIONS CULINAIRES DISTRIBUTION FARINE CDM Autres Nsp	1 2 3 4 5 6 7 8
FG01b	Comment avez-vous appris connaissance des activités SEECALINE?	Communauté ONG Animateur ACN Agent de santé Autorités Amis/parents Mères SEECALINE même FKT Mères SEECALINE autre FKT Radio/presse Autres NSP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 99
FG02	Connaissez-vous quelqu'un qui soit membre de SEECALINE?	OUI NON	1 2
		FIN ←	