

ENQUÊTE ADE, 2007

REPUBLIQUE DE MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
DIRECTION DE LA DEMOGRAPHIE ET DES STATISTIQUES SOCIALES

ONN/PNNC
BANQUE MONDIALE
UNICEF

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

(15 – 49 ans) ou KPID_FEM

IDENTIFICATION

NOM	Mettre nom ici	code	commentaires
A01	Code grappe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
A02	Province (Faritany)	<input type="text"/>	
A03	District/Fivondronana	<input type="text"/> <input type="text"/>	
A04	Commune	<input type="text"/> <input type="text"/>	
A05	Fokontany	<input type="text"/> <input type="text"/>	
A06	URBAIN/RURAL	<input type="text"/>	
	1 = urbain 2 = rural		
A08	Fkt desservi par site Seecaline	<input type="text"/>	
	1 = oui, site dans FKT 2 = non desservi 3 = oui, desservi autre site		
A09	Code ménage	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
A10	N° ligne Femme en 2007 (B01 / B09a)	<input type="text"/> <input type="text"/>	Voir tableau de ménage 2007
A10a	N° ligne Femme en 2004 (B01a)	<input type="text"/> <input type="text"/>	Barrer si nouveau membre

SECTION X- SURVEY STAFF DETAILS

VISITES D'ENQUÊTEUR / 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CODE <input type="text"/> <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: 1 REMPLI 2 DIFFÉRÉ 3 REFUSÉ 4 ABSENTE POUR UNE LONGUE PERIODE 8 AUTRE (PRÉCISER)				
CONTRÔLEUR/SE	CONTRÔLE BUREAU		CONTRÔLE INFORMATIQUE	SAISI PAR
NOM <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
DATE <input type="text"/>	DATE <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Section FA: GROSSESSES ET NAISSANCES

N°.	QUESTION	REPONSE/CODES	ALLER À
FA00	VÉRIFIER B08b de la Section B Tableau de ménage du Q.Short Age de la femme à enquêter.	Entre 15 – 49 ans OU KPID_FEM <input type="text"/> <input type="text"/>	
FA01	Je souhaite vous poser quelques questions concernant vos grossesses antérieures et éventuellement actuelles Etes-vous enceinte actuellement ?	OUI 1 NON 2 PAS SURE..... 3	→ FA.03
FA02	Etes-vous déjà tombée enceinte ?	OUI 1 NON 2	→ FH.01
FA03	FA01 = OUI : quel est le rang de cette grossesse ? Si Première grossesse, marquer « 01 ». SI NON, inscrire le nombre FA01 = NON/PAS SURE Combien de fois étiez-vous enceinte ? Notez le nombre de grossesse.	a-1ERE FOIS ENCEINTE : 01 b-ISAN'NY VOHOKA <input type="text"/> <input type="text"/>	→ FB01 COL(A)
FA04	Quels ont été les termes de ces grossesses ?	a- NAISSANCES VIVANTES <input type="text"/> <input type="text"/> b- AVORTEMENTS <input type="text"/> <input type="text"/> c- FAUSSES COUCHES <input type="text"/> <input type="text"/> d- MORTS NES <input type="text"/> <input type="text"/>	
FA05	JUSTIFIER FA04-a : NAISSANCES VIVANTES AVEC NAISSANCES VIVANTES <input type="text"/> ↓ FA06	PAS DE NAISSANCES VIVANTES <input type="text"/>	→ FA.09
FA06	Parmi les fils que vous avez mis au monde, combien habitent avec vous ? Parmi les filles que vous avez mis au monde, combien habitent avec vous ? SI INEXISTANTS, METTRE 00.	a-FILS À LA MAISON <input type="text"/> <input type="text"/> b-FILLES À LA MAISON <input type="text"/> <input type="text"/>	
FA07	En ce moment, y aurai t-il des enfants que vous avez mis au monde mais qui n'habitent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ FA.09
FA08	Combien de fils ? Combien de filles ? SI INEXISTANTS, METTRE 00.	a-FILS AILLEURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> b-FILLES AILLEURS <input type="text"/> <input type="text"/>	
FA09	Avez-vous déjà mis au monde un enfant(fils ou fille) vivant mais qui est mort par la suite ? Si non, insister : N'avez-vous pas eu d'enfant qui a présenté des signes de vie à la naissance ou qui a pleuré à la naissance mais qui est mort quelques heures/jours après ?	OUI 1 NON 2	→ FA.11
FA10	Combien de garçons décédés ? Combien de filles décédées ? SI INEXISTANTS, METTRE 00	a-GARÇONS DÉCÉDÉS <input type="text"/> <input type="text"/> b-FILLES DÉCÉDÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	

N ^o .	QUESTION	REPONSE/CODES	ALLER À
FA11	LA SOMME DE FA.06 , FA.08 ET FA.10 DOIVENT CORRESPONDRE AU CHIFFRE DE FA.04-a (NAISSANCES VIVANTES) Si il y a incohérence, veuillez questionnez le sujet(la femme) et corriger les erreurs.		

FA12	AVEZ VOUS DES ENFANTS NES <u>après AVRIL 2004</u> ?		
	SI OUI, COMBIEN?		
	- NOMBRE DE CEUX QUI HABITENT AVEC ELLE		
	- NOMBRE DE CEUX QUI HABITENT AILLEURS		
	(VERIFIER LES REPONSES DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE)		
	SI NON, METTRE « 00 »		

Section FB. SOINS PRÉNATALS

Je vais maintenant poser des questions sur votre santé ainsi que sur les soins que vous avez reçus pendant votre grossesse.

VERIFIER : FA01 : <u>ACTUELLEMENT ENCEINTE</u>, ou FA12-b : <u>MERES D'ENFANTS NES A PARTIR D' AVRIL 2004</u> VIVANT DANS LE MENAGE			
<p style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE ET PAS D'ENFANTS NES A PARTIR D' AVRIL 2004 → <input type="checkbox"/> → FH.01 ENCEINTE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> ↓ MERE AVEC ENFANTS NES A PARTIR DE AVRIL 2004 <input type="checkbox"/> ↓ </p>			
N°.	QUESTIONS	FEMME ACTUELLEMENT ENCEINTE COL (A)	ENFANT LE PLUS JEUNE COL (B) Nom _____ Code enfant <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
FB01	Avez-vous un carnet ou un tout autre document permettant de voir les vaccins que vous/votre enfants avez faits? SI OUI, PUIS JE LE VOIR? OUI (CARTE VUE) 1 OUI (CARTE PAS VUE) 2 NON 3 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FB02	Avez-vous effectué des consultations prénatales lors de ces/cette grossesses?	OUI 1 NON 2 (PASSER À FB03) ◀	OUI 1 NON 2 (PASSER À FB03) ◀
FB02a	A qui vous êtes-vous adressée ? Pas d'autres personnes ? INSISTER POUR AVOIR TOUTES LES PERSONNES QU'ELLE A CONSULTEES. NOTER TOUTES LES PERSONNES QU'ELLE CITE.	<u>PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ</u> MÉDECIN A (PASSER À FB04) ◀ INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME B /ASSISTANT MEDICAL <u>AUTRE PERSONNE</u> ACCOUCHEUSE TRADIT. C (PASSER À FB04) ◀	<u>PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ</u> MÉDECIN A (PASSER À FB04) ◀ INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME B /ASSISTANT MEDICAL <u>AUTRE PERSONNE</u> ACCOUCHEUSE TRADIT. C (PASSER À FB04) ◀
FB03	Pour quelles raisons? - CENTRE TROP LOIN 1 - SOINS TROP CHERS 2 - TABOU/FADY 3 - MARI NON CONSENTANT 4 - MANQUE DE TEMPS 5 - JE N'ETAIS PAS MALADE 6 - GROSSESSE PAS ENCORE 7 AVANCEE - AUTRES 8	<input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À FB07)	<input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À FB07)
FB04	A quel mois de grossesse êtes-vous allé effectuer une consultation prénatale la première fois ?	MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 98
FB05	Combien de fois avez-vous effectué une consultation prénatale lors de cette grossesse ?		NOMBRE DE FOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 98
FB06	Jusqu'à quel mois de grossesse avez-vous effectué des consultations prénatales ? (A quel mois de grossesse avez-vous effectué la dernière consultation ?)		MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 98

N°.	QUESTION	FEMME ACTUELLEMENT ENCEINTE	ENFANT LE PLUS JEUNE COL (B)
		COL (A)	Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
FB07	Pendant cette grossesse, avez-vous reçu une injection pour protéger l'enfant à naître du tétanos c'est-à-dire une injection pour prévenir une convulsion 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	Pendant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu cette injection prévenant le TETANOS?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
FB09	Lors de cette grossesse, avez-vous déjà reçu un comprimé de fer ?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À FB19) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À FB19) ◀ NE SAIT PAS 8
FB14	La prise de comprimés de fer a t-elle été bénéfique pour vous ?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À FB15a) ◀ NE SAIT PAS/NON CONCERNE 8	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À FB15a) ◀ NE SAIT PAS/NON CONCERNE 8
FB15	Quels sont les bienfaits que vous ou votre enfants avez reçus en prenant les comprimés de fer ? (POSSIBILITE DE REPONSES MULTIPLES)	MEILLEURE SANTÉ A PLUS D'ENERGIE B REND MON ENFANT EN MEILLEURE SANTE C AUTRE D NE SAIT PAS E	MEILLEURE SANTÉ A PLUS D'ENERGIE B REND MON ENFANT EN MEILLEURE SANTE C AUTRE D NE SAIT PAS E
FB15a	Etes-vous disposée à acheter ces comprimés de fer pendant votre grossesse actuelle ? (COL A) Etiez-vous disposée à acheter ces comprimés de fer quand vous portiez votre dernier enfant ? (COL B)	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8
FB17	Est-ce que quelqu'un que vous connaissez (amis, connaissances, parents, voisins) vous a conseillé de prendre des comprimés de fer?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À FB19) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À FB19) ◀ NE SAIT PAS 8
FB18	Qui vous ont conseillé à prendre des comprimés de fer? (POSSIBILITE DE REPONSES MULTIPLES)	Professionnels de la Sante A ACN SEECALINE B AMIS/PARENTS C CONNAISSANCES/VOISINS ... D AUTRES E NE SAIT PAS F	Professionnels de la Sante A ACN SEECALINE B AMIS/PARENTS C CONNAISSANCES/VOISINS... D AUTRES E NE SAIT PAS F

TRAITEMENT/PREVENTION DES MALADIES DE LA FEMME ENCEINTE

FB19	VERIFIER : FA.01 ACTUELLEMENT ENCEINTE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> ACTUELLEMENT ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> </div> </div>		<div style="text-align: right;">→ FC00</div>
	QUESTIONS	FEMME ACTUELLEMENT ENCEINTE COL (A)	ENFANT LE PLUS JEUNE COL(B) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
FB20	Avez-vous eu de la fièvre lors des deux dernières semaines ?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
FB21	Avez-vous déjà pris des médicaments contre la fièvre ?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
FB22	Pendant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre le paludisme ?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À FB24) ← NE SAIT PAS 8	
FB23	Quels sont les médicaments que vous avez pris ? ENCERCLER LES REPONSES	<u>ANTIPALUDIQUES</u> Sulfadoxine Pyrimethamine I CHLOROQUINE A FANSIDAR/PALUDAR..... B QUININE C <u>AUTRES MEDICAMENTS</u> ASPIRINE..... D PARACETAMOL E AUTRE F NE SAIT PAS H	
FB24	Avez-vous dormi sous un moustiquaire la nuit dernière ?	OUI..... 1 NON 2 NON CONCERNEE..... 8 (PASSER À FC00) ←	
FB25	Ce moustiquaire était-il imprégné ?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

Section FC. ACCOUCHEMENT / ALLAITEMENT MATERNEL

FC00	VERIFIER : FA12.b FEMME PAS D' ENFANTS NES A PARTIR DE AVRIL 2004 <input type="checkbox"/>		→ FH.01
	MERE AVEC ENFANTS NES A PARTIR DE AVRIL 2004 <input type="checkbox"/>		
	VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT.	ENFANT LE PLUS JEUNE COL(A) Nom _____ Code enfant <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ENFANT SUIVANT COL(B) Nom _____ Code enfant <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ACCOUCHEMENT			
FC01	(Nom)..... est-il né à terme ? (32 Semaines)	OUI1 NON.....2	OUI..... 1 NON 2
FC02	A sa naissance, était-il 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 MOYEN3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ...4 TRÈS PETIT5 NE SAIT PAS8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FC03	Où avez vous accouché de..... ? VOTRE DOMICILE 1 AUTRE DOMICILE 2 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/CSB.. 3 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 4 AUTRE 8 (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FC04	Qui vous a assisté lors de l'accouchement de Nom..... ? <u>PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ</u> MÉDECIN..... 1 INFIRMIÈRE/SAGE FEMME/ASSISTANT MEDICAL.....2 <u>AUTRES PERSONNES</u> ACCOUCHEUSE TRADIT..... 3 PARENTS/AMIS.....4 AUTRE..... 5 PERSONNE..... .6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FC05	Lors de l'accouchement de Nom....., avez-vous reçu une injection contre le tétanos ? (sur la cuisse)	OUI..... 1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	
FC06	Après la naissance de Nom, avez-vous eu un suivi de votre état de santé ?	OUI1 NON.....2 (PASSER À FC08) ←	

	VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT	ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	ENFANT SUIVANT COL (B) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
FC07	Qui a effectué le suivi de votre état de santé ? PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ - MÉDECIN.....1 - INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME /ASSISTANT MEDICAL.....2 AUTRE PERSONNE - ACCOUCHEUSE TRADIT 3 - ACN SEECALINE 4 - PARENTS/AMIS 5 - AUTRE..... 8 INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<input type="checkbox"/>	
FC08	Durant les deux mois suivant l'accouchement, avez-vous pris de la vitamine A (gelule rouge)	OUI1 NON..... 2 (PASSER À FC10) ◀	
FC09	Après de qui avez-vous eu de la vitamine A ? - CENTRE DE SANTE DE BASE1 - ACN SEECALINE.....2 - MOBILISATEUR SANTE/ CAMPAGNE DE MASSE.....3 - AUTRE4 - NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/>	
ALLAITEMENT MATERNEL			
FC10	Avez-vous allaité (nom) ?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À SECTION FD) ◀	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À SECTION FD) ◀
FC11	Combien de temps avez-vous allaité Nom ?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> EST ENCORE ALLAITE.....97 NE SAIT PAS 98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> EST ENCORE ALLAITE.....97 NE SAIT PAS98
FC12	Connaissez-vous la méthode d'allaitement moderne MAMA ? (Manabe Aizana ny Mampinono Anaka)	OUI 1 NON.....2 (PASSER À FC13) ◀	

	VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT	ENFANT LE PLUS JEUNE COL(A) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	ENFANT SUIVANT COL(B) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
FC12a	Où avez-vous pris connaissance de cette méthode ? (POSSIBILITE DE REPONSES MULTIPLES)	ACN SEECALINEA SECTEUR PUBLICB SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ..... C AUTRE SOURCE AGENT VBC.....D MEDIA SPOTS.....E BOUTIQUE..... F KIOSQUE..... G ÉGLISEH PARENTS/AMIS..... I VOISINS/COMMUNAUTE J AUTRE K (PRÉCISER)	
FC13	Combien de temps après la naissance avez-vous donné le sein à(Nom) ? - SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' HEURE. - SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. - AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 0..... 00 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT 0..... 00 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
FC14	Dans les 3 jours précédant l'arrivée du lait, avez-vous donné le colostrum à.....? <i>(C'est-à-dire avez-vous présenté le sein même 'il n'y pas encore de montée laiteuse?)</i>	OUI..... 1 (PASSER À FC16) ◀ NON 2	OUI 1(PASSER À FC16) ◀ NON 2
FC15	Si non, pour quelles raisons ne l'avez-vous pas fait? - PAS DE LACTATION..... 1 - CESARIENNE..... 2 - MALADE..... 3 - TABOU/FADY..... 4 - C'EST PAS BON POUR LE BEBE.....5 - AUTRE..... 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT	ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	ENFANT SUIVANT COL (B) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
FC16	Qu'est-ce qu'on a donné à.....(Nom) avant la véritable montée laiteuse ?	- a) LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL).....01 - b) EAU02 - c) EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE03 - d) SOLUTION D'EAU SALÉE SUCRÉE04 - e) PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ05 - f) THÉ/INFUSIONS.....06 - g) MIEL07 - h) SEIN / COLUSTRUM08 - i) AUTRE98 (SPÉCIFIER)	- a) LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL)..... 01 - b) EAU 02 - c) EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE 03 - d) SOLUTION D'EAU SALÉE SUCRÉE..... 04 - e) PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ..... 05 - f) THÉ/INFUSIONS 06 - g) MIEL 07 - h) SEIN / COLUSTRUM 08 - i) AUTRE98 (SPÉCIFIER)
FC17	Allaitez-vous toujours.....(Nom) actuellement? (VERIFIER FC11)	OUI..... 1 (PASSER À FC18) ◀ NON 2	
FC17B	A quel moi (NOM)a t-il arrêté de taiter?	Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	
FC17C	<i>Pourquoi avez-vous cessé d'allaiter votre enfant ?</i> <i>Age de l'enfant1</i> <i>Il/elle est malade.....2</i> <i>Il/elle refuse..... 3</i> <i>Grossesse.....4</i> <i>Autre à préciser..... 8</i>	<input type="text"/>	
FC17D	A quel mois a-t-il commencé à prendre des compléments alimentaires ?	Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	➔ FC21
FC18	Combien de fois avez-vous allaité Nom hier soir, c'est-à-dire du coucher du soleil à son lever ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT.. <input type="text"/> <input type="text"/>	
FC19	Dans la journée d'hier, combien de fois avez-vous allaité ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>	
FC20	Je souhaite à présent vous poser une question sur la quantité de nourriture que vous avez prise depuis que vous allaitez Nom Cette quantité est elle plus que d'habitude, comme d'habitude, ou moins que d'habitude ? - PLUS QUE D'HABITUDE..... 1 - COMME D'HABITUDE.....2 - MOINS QUE D'HABITUDE3 - NE SAIT PAS.... 8	<input type="text"/>	

	VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT	ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	ENFANT SUIVANT COL (B) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
FC21	(Nom)..... a-t-il bu quelque chose dans la journée ou dans la nuit d'hier ?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
FC22	A-t-on systématiquement ajouté du sucre dans les boissons que (Nom) a bu hier?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
FC23	Combien de fois avez-vous donné de la nourriture à (Nom) hier? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
FC24a	Dans la journée d'hier, combien de fois avez-vous donné de la purée ou des aliments semi-solides à Nom ? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
FC24b	Dans la journée d'hier, combien de fois avez-vous donné des aliments solides à (Nom) (<u>aliments solides</u>) ? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
FC25	Quelle sorte d'aliments a-t-on donné à Nom jusqu'à son sixième mois. - LAIT MATERNEL 1 - LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) 2 - LAIT ET AUTRES ALIMENTS SEMI-SOLIDES 3 - LAIT ET AUTRES ALIMENTS SOLIDES 4 - LAIT ET AUTRES LIQUIDES 5 - LAIT MATERNEL ET AUTRE LAIT 6 - NE SAIT PAS 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Section FD. SANTE DES ENFANTS NES A PARTIR DE AVRIL 2004

INSCRIRE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE EN MOIS DE **CHACQUE NAISSANCE SURVENUE ENFANTS NES A PARTIR DE AVRIL 2004**. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIERE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLEMENTAIRES)

		ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A)	ENFANT SUIVANT COL (B)
	VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT	Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
VITAMINE 'A' ET VACCINATIONS DES ENFANTS			
FD01	Dans les six derniers mois, Nom a-t-il déjà pris de la vitamine A comme celui-ci ? . (MONTRER LA VITAMINE A)	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD06) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD06) ◀ NE SAIT PAS 8
FD02	Où est-ce qu'il a eu cette vitamine A ? -CENTRE DE SANTE DE BASE 1 - ACN SEECALINE 2 - MOBILISATEUR SANTE / CAMPAGNE DE MASSE 3 - ECOLE 4 - AUTRE 5 - NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FD03	Qu'est ce qu'on vous a transmis comme message à propos de la vitamine A ? ENCERCLER LES REPONSES – PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES	IMPORTANT POUR LA CROISSANCE DE L'ENFANT A IMPORTANT POUR LA VISION B IMPORTANT POUR LA PREVENTION DES MALADIES C IMPORTANT DE CONSOMMER DES ALIMENTS JAUNES D PAS DE MESSAGE E NE SAIT PAS F	IMPORTANT POUR LA CROISSANCE DE L'ENFANT A IMPORTANT POUR LA VISION B IMPORTANT POUR LA PREVENTION DES MALADIES C IMPORTANT DE CONSOMMER DES ALIMENTS JAUNES D PAS DE MESSAGE E NE SAIT PAS F
FD06	Est-ce que possède une carte de vaccination où l'on peut voir les vaccins qu'il a faits ?	OUI, VU 1 (PASSER À FD07) ◀ OUI, MAIS PAS VU 2 (PASSER À FD09) ◀ PAS DE CARNET 3 (PASSER À FD09) ◀ NE SAIT PAS 8 (PASSER À FD09) ◀	OUI, VU 1 (PASSER À FD07) ◀ OUI, MAIS PAS VU 2 (PASSER À FD09) ◀ PAS DE CARNET 3 (PASSER À FD09) ◀ NE SAIT PAS 8 (PASSER À FD09) ◀

	VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT		ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A)	ENFANT SUIVANT COL (B)
			Nom _____	Nom _____
			Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/>	Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/>
			Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
FD07	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DU CARNET. (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.		JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE
	BCG POLIO 0 (à la naissance) POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 DTcoq 1 + Hepatite B1 DTcoq 2 + Hepatite B2 DTcoq 3 + Hepatite B3 Rougeole VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE) Autres [spécifier _____]	BCG..... P0..... P1..... P2..... P3..... D1..... D2..... D3..... ROUG..... VIT. A..... autres.....	BCG..... P0..... P1..... P2..... P3..... D1..... D2..... D3..... ROUG..... VIT. A..... autres.....	
FD08	Y-a-t-il eu des vaccins que(Nom) a faits mais qui ne sont pas mentionnés dans cette carte, notamment les vaccins faits lors des séances de vaccinations de masse pendant les journées de la vaccination qui ont eu lieu dans tout Madagascar METTRE OUI SI LA PERSONNE CITE BCG, POLIO 0-3, DTcoq 1-3, et/ou ROUGEOLE.	OUI1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ECRIRE '66' DANS LA COL CORRESPONDANT AU JOUR EN FD07) NON2 NE SAIT PAS8 (1, 2 ou 8 → PASSER À FD10)	OUI1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ECRIRE '66' DANS LA COL CORRESPONDANT AU JOUR EN FD07) NON2 NE SAIT PAS8 (1, 2 ou 8 → PASSER À FD10)	
FD09	Est-ce que.....(Nom) a fait l'un des vaccins suivants ?			
FD09a	BCG : vaccin contre , injection qui se fait généralement sur l'épaule ou le bras, et qui laisse une cicatrice dans la plupart des cas ?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	
FD09b	POLIO vaccin contre la poliomyélite, goutte qu'on met dans la bouche ?	OUI1 NON2 (PASSER À FD09e) ◀ NE SAIT PAS8	OUI1 NON2 (PASSER À FD09e) ◀ NE SAIT PAS8	
FD09c	La première fois où Nom a eu le vaccin contre la poliomyélite, était-ce à la naissance ou plus tard ?	JUSTE APRES LA NAISSANCE1 PLUS TARD2	JUSTE APRES LA NAISSANCE1 PLUS TARD2	
FD09d	Combien de fois Nom a-t-il fait le vaccin contre la poliomyélite?	NOMBRE DE FOIS NE SAIT PAS8	NOMBRE DE FOIS NE SAIT PAS8	
FD09e	DTCOQ : vaccin contre la tuberculose, injection qui se fait sur la cuisse ou le fessier et qu'on fait souvent avec le vaccin contre la poliomyélite ?	OUI1 NON2 (PASSER À FD09g) ◀ NE SAIT PAS8	OUI1 NON2 (PASSER À FD09g) ◀ NE SAIT PAS8	

	VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT	ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	ENFANT SUIVANT COL (B) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
FD09f	Combien de fois Nom a-t-il fait le vaccin DTCOQ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
FD09g	ROUGEOLE : Vaccin contre la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
FD10	Pendant ces deux dernières années ... (nom) a-t-il eu quelques uns de ces vaccins lors des campagnes de vaccination à Madagascar?	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD11) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD11) ◀ NE SAIT PAS 8
FD10A	Nom a eu ces vaccins lors de quelle campagne ? NOTER TOUT CE QU'ELLE CITE.	NOM CAMPAGNE A-FAV 1 B-AVA 2 C-AUTRES 3 D. HIAKA 4 E. SSME 5	NOM CAMPAGNE A-FAV 1 B-AVA 2 C-AUTRES 3 D. HIAKA 4 E. SSME 5
FIEVRE / TOUX / DIARRHEE			
FD11	Nom a-t-il eu de la fièvre dans les deux dernières semaines?	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD13) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD13) ◀ NE SAIT PAS 8
FD12	A-t-il pris des médicaments contre cette 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 est le nom de ce médicament ? NOTER TOUT CE QU'ELLE CITE	FANSIDAR/PALUDAR A CHLOROQUINE B ASPIRINE /paracetamol C IBUPROFENE ET AMINOPHEN D PALUSTOP/ODY TAZO MOKA E AUTRE X NE SAIT PAS Z	FANSIDAR/PALUDAR A CHLOROQUINE B ASPIRINE /paracetamol C IBUPROFENE ET AMINOPHEN D PALUSTOP/ODY TAZO MOKA E AUTRE X NE SAIT PAS Z
FD13	Nom a-t-il eu de la toux dans les deux dernières semaines?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
FD14	Nom a-t-il eu de la diarrhée dans les deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD20c) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD20c) ◀ NE SAIT PAS 8

	VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT	ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	ENFANT SUIVANT COL (B) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
FD15	Je souhaite connaître la quantité d'eau que vous avez donné à Nom lors de sa diarrhée. Cette quantité était-elle par rapport à la quantité journalière normale : BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS..... 8 SI MOINS, INSISTER : Avez-vous donné moins ou beaucoup moins par rapport à la normale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FD16	Quand il a eu la diarrhée, la quantité de nourriture que vous lui avez donnée était par rapport à la quantité journalière normale? 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 SI MOINS, INSISTER : Avez-vous donné moins ou beaucoup moins par rapport à la normale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FD17	Avez-vous donné de l'un de ces boissons à Nom? a) Liquide Sachet SRO b) Liquide maison fait avec du sel ou sucre.	OUI NON NSP LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8 LIQUIDE MAISON 1 2 8	OUI NON NSP LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8 LIQUIDE MAISON 1 2 8
FD18	Avez-vous donné autre chose pour soigner cette diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD20) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD20) ◀ NE SAIT PAS 8
FD19	. Qu'est-ce que vous lui avez donné pour soigner cette diarrhée ? Autre chose ? NOTER TOUT CE QU'ELLE DIT.	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION (IM)..... B (I.V.) INTRAVEINEUSE..... C REMÈDES MAISON/PLANTES D AUTRE X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION (IM)..... B (I.V.) INTRAVEINEUSE..... C REMÈDES MAISON/PLANTES..... D AUTRE X (PRÉCISER)

FD20	VERIFIER : FC17 « DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITE » ? <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div> OUI <input type="checkbox"/> </div> <div> NON <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ FD20c
FD20a	Quand Nom a eu la diarrhée dans les deux dernières semaines, avez-vous modifié vos habitudes d'allaitement ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD20c) ←	
FD20b	Quand Nom a eu la diarrhée dans les deux dernières semaines avez-vous augmenté l'allaitement, réduit ou arrêté complètement ?	AUGMENTÉ 1 RÉDUIT 2 ARRÊTÉ COMPLÈTEMENT 3	
FD20c	VERIFIER: FD11 , FD13 sy FD14 : L'ENFANT A-T-IL ETE DÉJÀ MALADE?	OUI à FD11 ou FD13 ou FD14 <input type="checkbox"/> → FD21 NON à FD11 et FD13 et FD14 <input type="checkbox"/> → FD23	OUI à FD11 ou FD13 ou FD14 <input type="checkbox"/> → FD21 NON à FD11 et FD13 et FD14 <input type="checkbox"/> → FD23
FD21	A qui vous adressez-vous souvent concernant la santé de votre enfant?	Mères SEECALINE A Mères non-SEECALINE B ACN C Mari D AUTRE E (PRÉCISER) PERSONNE F NE SAIT PAS G	Mères SEECALINE A Mères non-SEECALINE B ACN C Mari D AUTRE E (PRÉCISER) PERSONNE F NE SAIT PAS G
FD22	Avez-vous demandé des conseils ou des soins concernant la maladie de Nom ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD23) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À FD23) ←
FD22a	Où avez-vous cherché conseil ? NOTER TOUT CE QU'ELLE DIT	<u>SECTEUR PUBLIC</u> CENTRE DE SANTE A <u>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</u> B <u>AUTRE SOURCE</u> AGENT VBC C BOUTIQUE D KIOSQUE E GUÉRISSEUR TRADITIONNEL... F ACN SEECALINE G AUTRE AGENT NUTRITION COMMUNAUTAIRE H AUTRES MERES SEECALINE I AUTRES MERES NON-SEECALINE .J AUTRE X (PRÉCISER) PAS DE CONSEIL Y	<u>SECTEUR PUBLIC</u> CENTRE DE SANTE A <u>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</u> B <u>AUTRE SOURCE</u> AGENT VBC C BOUTIQUE D KIOSQUE E GUÉRISSEUR TRADITIONNEL... F ACN SEECALINE G AUTRE AGENT NUTRITION COMMUNAUTAIRE H AUTRES MERES SEECALINE I AUTRES MERES NON-SEECALINE .J AUTRE X (PRÉCISER) PAS DE CONSEIL Y

FD22b	<p>Où avez-vous emmené..... (Nom) pour recevoir des soins ?</p> <p>D'autres endroits ?</p> <p>NOTER TOUT CE QU'ELLE DIT.</p>	<p><u>SECTEUR PUBLIC</u></p> <p>CENTRE DE SANTEA</p> <p><u>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</u>B</p> <p><u>AUTRE SOURCE</u></p> <p>AGENT VBC.....C</p> <p>NITSABO TENA IRERY.....D</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL...E</p> <p>PAS DE TRAITEMENT F</p> <p>AUTREX</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p><u>SECTEUR PUBLIC</u></p> <p>CENTRE DE SANTEA</p> <p><u>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</u>B</p> <p><u>AUTRE SOURCE</u></p> <p>AGENT VBC C</p> <p>NITSABO TENA IRERY D</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL...E</p> <p>PAS DE TRAITEMENT F</p> <p>AUTREX</p> <p>(PRÉCISER)</p>
-------	--	--	--

NOURRITURES DES ENFANTS					
VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT		ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A)		ENFANT SUIVANT COL (B)	
		Nom _____		Nom _____	
		Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/>		Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>		Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	
FD23	Combien de fois par jour (Nom) a-t-il mangé ? 3 FOIS PAR JOUR OU PLUS 1 2 FOIS PAR JOUR 2 1 FOIS PAR JOUR 3 UNIQUEMENT ALLAITE 7 (PASSER À LA SECTION FH01) ◀ NE SAIT PAS 8	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> SI = 7 : PASSER À LA COLONNNE SUIVANTE		<div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> SI = 7 : PASSER À LA SECTION FH01	
FD24	Hier, combine de fois Nom a-t-il bu de l'une de ces liquides? A t-il bu..... Aujourd'hui ? DEMANDER POUR CHAQUE BOISSON QU'IL A PRISE.	<u>HIER</u> NOMBRE DE FOIS	<u>Aujourd'hui</u> 1.OUI 2.NON	<u>HIER</u> NOMBRE DE FOIS	<u>Aujourd'hui</u> 1.OUI 2.NON
	SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.				
a	Eau?	a <input type="text"/>	a. 1 2	a <input type="text"/>	a. 1 2
b	Jus de riz?	b <input type="text"/>	b. 1 2	b <input type="text"/>	b. 1 2
c	Boisson pour bébés ?	c <input type="text"/>	c. 1 2	c <input type="text"/>	c. 1 2
d	Du lait tel que lait en boîte, lait en poudre, lait entier?	d <input type="text"/>	d. 1 2	d <input type="text"/>	d. 1 2
e	Jus de fruit?	e <input type="text"/>	e. 1 2	e <input type="text"/>	e. 1 2
f	Autre liquide?	f <input type="text"/>	f. 1 2	f <input type="text"/>	f. 1 2

VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT		ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A)		ENFANT SUIVANT COL (B)	
		Nom _____		Nom _____	
		Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/>		Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>		Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	
FD26	Combien de fois(Nom) a-t-il mangé du..... hier ? A t-il mangé du..... aujourd'hui ? DEMANDER POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS. SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.	<u>HIER</u>	<u>AUJOURD'HUI</u>	<u>HIER</u>	<u>AUJOURD'HUI</u>
		NOMBRE DE FOIS	1.OUI 2.NON	NOMBRE DE FOIS	1.OUI 2.NON
A	- Aliments à base de <u>céréales</u> [ex: Mogofasy, mil, sorgho, maïs, riz, blé, bouillie, ou autres céréales locales]?	A <input type="text"/>	A. 1 2	A <input type="text"/>	A. 1 2
B	- Igname ou courge <u>rouge ou jaune</u> , carottes ou patates douces rouges?	B <input type="text"/>	B. 1 2	B <input type="text"/>	B. 1 2
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="text"/>	C. 1 2	C <input type="text"/>	C. 1 2
D	- N'importe quel légume à <u>feuilles vertes</u> ?	D <input type="text"/>	D. 1 2	D <input type="text"/>	D. 1 2
E	- <u>Mangue, papaye</u> [ou autres fruits locaux riches en vitamine A]?	E <input type="text"/>	E. 1 2	E <input type="text"/>	E. 1 2
F	- Tout <u>autre fruit et légume</u> [par ex: banane, pomme, haricots verts, avocat, tomate]?	F <input type="text"/>	F. 1 2	F <input type="text"/>	F. 1 2
G	- <u>Volaille, poisson, coquillages, ou oeufs</u> ?	G <input type="text"/>	G. 1 2	G <input type="text"/>	G. 1 2
H	- Autres aliments à base de légumes [par ex: lentilles, haricots, soja, légumineuses, ou arachides]?	H <input type="text"/>	H. 1 2	H <input type="text"/>	H. 1 2
I	- <u>Fromage ou yaourts</u> ?	I <input type="text"/>	I. 1 2	I <input type="text"/>	I. 1 2
J	- Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou de beurre?	J <input type="text"/>	J. 1 2	J <input type="text"/>	J. 1 2
K	- Viande (zebu)?	K <input type="text"/>	K. 1 2	K <input type="text"/>	K. 1 2

	VERIFIER DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE S'IL S'AGIT EFFECTIVEMENT DE L'ENFANT DE LA FEMME. RECOPIER ENSUITE LE NOM, LE CODE, ET L'AGE DE L'ENFANT	ENFANT LE PLUS JEUNE COL (A) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>	ENFANT SUIVANT COL (B) Nom _____ Code enfant <input type="text"/> <input type="text"/> Age de l'enfant (en mois) <input type="text"/> <input type="text"/>
FD26a	Préparez-vous une alimentation spéciale pour(Nom)?	OUI..... 1 NON 2	
FD26b	Quelle est la consistance des repas que vous donnez à(Nom) ? Bouillie.....1 Purée.....2 Solide3	<input type="checkbox"/>	
FD26c	Qui donne les repas à(Nom)? Seul.....1 Mère2 Frère/sœur3 Nurse.....4 Grands-parents.....5 Autre.....8	<input type="checkbox"/>	
FD26d	L'encourage t-on à terminer sa part ?	OUI..... 1 NON2	
FD28	Avez-vous reçu des conseils spécialisés concernant l'alimentation de (Nom) ?	OUI..... 1 NON2 (PASSER À FH01) ←	
FD28a	Qui vous ont donné ces conseils : ACN SEECALINE..... 1 AUTRE INTERVENANTS..... 2 AMIS/PARENTS..... 3 AUTRES MERES SEECALINE 4 AUTRES MERES non-SEECALINE 5	<input type="checkbox"/>	

SECTION FH : CONNAISSANCES APTITUDES ET PRATIQUE DE L'HYGIENE

N°.	QUESTION	REPONSE/CODES	ALLER À
FH01	Pourriez vous nous expliquer comment préparez un repas sain NE PAS LIRE POSSIBILITES DE REPONSES MULTIPLES	Se laver les mains avant la préparation du repas.....A Laver les mains de (NOM) avant de manger.....B Bien laver les aliments avant de préparer.....C Bien cuire les aliments.....D Bien laver les ustensils.....E Ne pas conserver les restes du repas.....F Bien rechauffer les restes avant de consommer de nouveau.....G Bien couvrir les restes.....H Ne pas exposer les aliments aux insectes.....I Mettre au frais les aliments.....J Autre à préciser.....X	
FH02	Avez vous utilisé du savon pour vous laver les mains hier?	OUI..... 1 NON 2	
FH03	Utilisez vous des solutions pour purifier l'eau ?	OUI..... 1 NON.....2	2 → Section FF
FH04	Qu'utilisez vous à cet effet?	Sur'eau..... A Bouillir B Filtrer C Eau de javel..... D Permanganate..... E Autres.....F	
FH07	L'utilisation du purificateur a été bénéfique pour vous? NE PAS LIRE LES REPONSES POSSIBILITES DE REPONSES MULTIPLE	Meilleure qualité de l'eauA Meilleur gout.....B Meilleure sante pour vous/vos enfants.....C Réduit la diarrhée.....D protection contre d'autres maladies.....E AutresF	

SECTION FF : AUTO-EFFICACITE

MAINTENANT J'AIMERAIS DEMANDER VOTRE OPINION. Ceci peut ne pas être un fait réel mais seulement selon votre avis .Soit vous refuser soit vous accepter les propositions ci-dessous

PAR EXEMPLE:

1)selon vous, accepterez vous ou refuserez vous d'admettre que vous êtes capable de monter à bicyclette sans tenir le guidon

Réponse :oui ou non

Si oui: 4 –très bien ? ou 3 assez bien

si non : 2 –un peu ? ou 1 - pas du tout ?

1 2 3 4

2)a votre avis , trouveriez vous un endroit où acheter une machine à coudre?

3))a votre avis , trouveriez vous un endroit où acheter rdu savon?

Entourer:

1 – Pas du tout, 2 – Un peu, 3 – Assez bien, 4 – Tres bien

N°	QUESTION	REPONSE	ALLER A
FF01	<p>A votre avis admettez vous que vous êtes ou non capable de vous occuper de votre enfant :</p> <p>S'il a des parasites ?</p> <p>a. si oui : 4 – Tres bien? Ou 3 – assez bien</p> <p>Si non : 2 – un peu ? ou 1 - pas du tout?</p> <p>b. en cas de diarrhée?</p> <p>c. en cas de fièvre</p> <p>d. si les medecin ou ACN affirme que votre enfant souffre de problème de croissance ?</p> <p>e. si votre enfant doit se faire vacciner ?</p> <p>f. si votre enfant doit être amener auprès d'un quelconque service de santé (CSB, CRENI, CRENA)?</p>	<p>1 2 3 4</p> <p>1 2 3 4</p> <p>1 2 3 4</p> <p>1 2 3 4</p> <p>1 2 3 4</p> <p>1 2 3 4</p>	
FF02	Seriez vous capable de preparer un repas special pour votre enfant qui n'est pas encore en mesure de manger alors que le lait de la mere ne lui suffit plus ?	1 2 3 4	
FF03	<p>Jusqu'ou pourriez vous allez dans l'allaitement de votre enfant ?</p> <p>a. jusqu'à 6 mois?</p> <p>b. jusqu'à sa première année ?</p> <p>c. meme jusqu'à ses deux ans ?</p>	<p>1 2 3 4</p> <p>1 2 3 4</p> <p>1 2 3 4</p>	
FF04	Selon vous le carnet de santé de votre enfant vous aide t-il a suivre sa croissance?	1 2 3 4	
FF05	Que seriez vous capable de faire pour que votre enfant puisse avoir un poids dans les normes?	1 2 3 4	
FF06	<p>VERIFIER : A08</p> <p>si A08 = 1 ou 3 : OUI <input type="checkbox"/></p> <p>si A08 = 2 : NON <input type="checkbox"/></p>		—► FK01A
FF06a	Participez vous au projet SEECALINE	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	2 —► FK01A
FF07	Jusqu'ou seriez vous capable d'appliquer les conseils de la SEECALINE	1 2 3 4	
FF08	Jusqu'ou seriez vous capable d'appliquer les differents modes de préparations des repas proposé par la SEECALINE	1 2 3 4	

SECTION FK : CONNAISSANCE DE LA MERE

N°	QUESTION	REPONSE	ALLER A
FK01A	<p>Maintenant nous allons parler de la diarrhée.</p> <p>Si un enfant de 2 ans présente des signes de diarrhée, selon vous quel pourrait en être l'origine ?</p> <p>Ne pas lire les réponses Possibilités de réponses multiples</p>	<p>ENVIRONNEMENT</p> <p>Air, soleil A</p> <p>Trop chaud B</p> <p>Trop froid C</p> <p>Poussière D</p> <p>Saison de la diarrhée E</p> <p>ENFANT- NOURRITURE</p> <p>A mange trop, trop de fruit, quelque chose qui a causé la maladie F</p> <p>A mange des aliments sales, poussiéreux G</p> <p>Faiblesse H</p> <p>Malnutrition I</p> <p>ENFANT – SANTE/INFECTIONS</p> <p>Infection J</p> <p>Vers K</p> <p>Mains sales L</p> <p>Microbes/parasites M</p> <p>Insectes N</p> <p>Toux O</p> <p>Poussée dentaire P</p> <p>AUTRES/DIVERS (PARENTS)</p> <p>Ne pas trop s'occuper de l'enfant Q</p> <p>Spiritisme R</p> <p>Autres S</p> <p>Ne sait pas Y</p>	
FK01B	<p>A cet effet, la mère devrait-elle demander de conseils?</p> <p>Ne pas lire les réponses</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON JE VAIS M'EN OCCUPER 2</p> <p>NON C'EST PAS NECESSAIRE DE LE TRAITER 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>ALLER A FK01D</p>
FK01C	<p>Où devrait-on demander conseils?</p>	<p><u>SECTEUR PUBLIC</u></p> <p>CENTRE DE SANTE A</p> <p><u>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</u> B</p> <p><u>AUTRE SOURCE</u></p> <p>AGENT VBC C</p> <p>BOUTIQUE D</p> <p>KIOSQUE E</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL F</p> <p>ACN SEECALINE G</p> <p>AUTRE AGENT NUTRITION COMMUNAUTAIRE H</p> <p>AUTRES MERES SEECALINE I</p> <p>AUTRES MERES NON-SEECALINE J</p> <p>MEMBRE DE LA FAMILLE K</p> <p>AUTRE X</p>	

N°	QUESTION	REPONSE	ALLER A
FK01D	<p>Si un enfant de 2 ans présente des signes de typhoïde selon vous quel pourrait en être l'origine ?</p> <p>Ne pas lire les réponses Possibilités de réponses multiples</p>	<p>ENVIRONNEMENT</p> <p>Air, soleil A</p> <p>Trop chaud B</p> <p>Trop froid C</p> <p>Poussière D</p> <p>Saison de la diarrhée E</p> <p>ENFANT- NOURRITURE</p> <p>A mange trop, trop de fruit, quelque chose qui a causé la maladie F</p> <p>A mange des aliments sales, poussiéreux G</p> <p>Faiblesse H</p> <p>Malnutrition I</p> <p>ENFANT – SANTE/INFECTIONS</p> <p>Infection J</p> <p>Vers K</p> <p>Mains sales L</p> <p>Microbes/parasites M</p> <p>Insectes N</p> <p>Toux O</p> <p>Poussée dentaire P</p> <p>AUTRES/DIVERS (PARENTS)</p> <p>Ne pas trop s'occuper de l'enfant Q</p> <p>Spiritisme R</p> <p>Autres S</p> <p>Ne sait pas Y</p>	
FK01E	<p>A cet effet la mère devrait elle demander de conseils ?</p> <p>Ne pas lire les réponses</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON JE VAIS M'EN OCCUPER 2</p> <p>NON C'EST PAS NECESSAIRE DE LE TRAITER 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	ALLER A FK02a
FK01F	Où devrait elle demander conseils?	<p><u>SECTEUR PUBLIC</u></p> <p>CENTRE DE SANTE A</p> <p><u>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</u> B</p> <p><u>AUTRE SOURCE</u></p> <p>AGENT VBC C</p> <p>BOUTIQUE D</p> <p>KIOSQUE E</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL F</p> <p>ACN SEECALINE G</p> <p>AUTRE AGENT NUTRITION COMMUNAUTAIRE H</p> <p>AUTRES MERES SEECALINE I</p> <p>AUTRES MERES NON-SEECALINE J</p> <p>MEMBRE DE LA FAMILLE K</p> <p>AUTRE X</p>	

N°	QUESTION	REPONSE	ALLER A
FK02A	<p>Maintenant nous allons parler des enfants victime de la malnutrition</p> <p>Si un enfant de 6 mois est très pale et tout maigre, le mois dernier il n'a pas voulu bien taiter et manger des compléments alimentaires, il présente des signes de malnutrition</p> <p>A votre avis de quoi s'agit t-il et quel pourrait etre son origine ?</p> <p>Ne pas lire les réponses Possibilités de réponses multiples</p>	<p>ENVIRONNEMENT</p> <p>Air, soleil A</p> <p>Trop chaud B</p> <p>Trop froid..... C</p> <p>Poussière D</p> <p>Saison de la diarrhee E</p> <p>ENFANT- NOURRITURE</p> <p>A mange trop, trop de fruit, quelque chose qui a cause la maladie F</p> <p>A mange des aliments sales, poussiéreux G</p> <p>Faiblesse..... H</p> <p>Malnutrition I</p> <p>ENFANT – SANTE/INFECTIONS</p> <p>Infection J</p> <p>Vers K</p> <p>Mains sales L</p> <p>Microbes/parasites M</p> <p>Insectes..... N</p> <p>Toux..... O</p> <p>Poussee dentaire P</p> <p>AUTRES/DIVERS (PARENTS)</p> <p>Mauvaise tetée..... Q</p> <p>Mauvaise qualité du lait maternel R</p> <p>Mere a mangé trop de fruits..... S</p> <p>Mere n'a pas bien mangé T</p> <p>Mere n'a pas suffisamment bu..... U</p> <p>Ne pas trop s'occuper de l'enfant..... V</p> <p>Spiritisme W</p> <p>Autres X</p> <p>Ne sait pas Y</p>	
FK02B	<p>A cet effet la mère devrait elle demander de conseils?</p> <p>Ne pas lire les réponses</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON JE VAIS M'EN OCCUPER..... 2</p> <p>NON C'EST PAS NECESSAIRE DE LE TRAITER 3</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	ALLER A FK03a
FK02C	Où devrait -elle demander conseils?	<p><u>SECTEUR PUBLIC</u></p> <p>CENTRE DE SANTE A</p> <p><u>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</u> B</p> <p><u>AUTRE SOURCE</u></p> <p>AGENT VBC C</p> <p>BOUTIQUE D</p> <p>KIOSQUE E</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL F</p> <p>ACN SEECALINE G</p> <p>AUTRE AGENT NUTRITION COMMUNAUTAIRE H</p> <p>AUTRES MERES SEECALINE I</p> <p>AUTRES MERES NON-SEECALINE J</p> <p>MEMBRE DE LA FAMILLE K</p> <p>AUTRE X</p>	

N°	QUESTION	REPONSE	ALLER A
FK03a	<p>Maintenant nous allons parler du retard de l'enfant</p> <p>Si il y a un enfant de 2 ans qui ne parle et ne marche pas, comme ses égaux. Quel pourrait en être la cause?</p> <p>Ne pas lire les réponses Possibilités de réponses multiples</p>	<p>ENVIRONNEMENT</p> <p>Air, soleil A</p> <p>Trop chaud B</p> <p>Trop froid C</p> <p>Poussière D</p> <p>Saison de la diarrhée E</p> <p>ENFANT- NOURRITURE</p> <p>A mange trop, trop de fruit, quelque chose qui a cause la maladie F</p> <p>A mange des aliments sales, poussiéreux G</p> <p>Faiblesse H</p> <p>Malnutrition I</p> <p>Pas assez de nourriture J</p> <p>ENFANT – SANTE/INFECTIONS</p> <p>Infection K</p> <p>Vers L</p> <p>Mains sales M</p> <p>Microbes/parasites N</p> <p>Insectes O</p> <p>AUTRES/DIVERS (PARENTS)</p> <p>Pas assez de jouets P</p> <p>Manque d'affection Q</p> <p>Autres R</p> <p>Ce n'est pas un problème S</p> <p>Ne sait pas T</p> <p>U</p> <p>V</p> <p>Z</p> <p>Y</p>	
FK03b	<p>La mère devrait-elle demander un conseil?</p> <p>Ne pas lire les réponses</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON JE VAIS M'EN OCCUPER 2</p> <p>NON C'EST PAS NECESSAIRE DE LE TRAITER 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>ALLER A FK04a</p>
FK03c	Où devrait-elle demander conseil?	<p><u>SECTEUR PUBLIC</u></p> <p>CENTRE DE SANTE A</p> <p><u>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</u> B</p> <p><u>AUTRE SOURCE</u></p> <p>AGENT VBC C</p> <p>BOUTIQUE D</p> <p>KIOSQUE E</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL F</p> <p>ACN SEECALINE G</p> <p>AUTRE AGENT NUTRITION COMMUNAUTAIRE H</p> <p>AUTRES MERES SEECALINE I</p> <p>AUTRES MERES NON-SEECALINE J</p> <p>MEMBRE DE LA FAMILLE K</p> <p>AUTRE X</p>	

N°	QUESTION	REPONSE	ALLER A
FK04a	<p>Maintenant nous allons parler de la manifestation de la malnutrition chez l'enfant.</p> <p>Comment pourriez vous reconnaître qu'un enfant souffre d'une malnutrition ?</p> <p>Ne pas lire les réponses</p> <p>Possibilité de réponses multiples</p>	<p>Maigreux..... A</p> <p>Ventre distendu..... B</p> <p>Desquamation de la peau..... C</p> <p>Decoloration des cheveux D</p> <p>Pale..... E</p> <p>Fatigue chronique..... F</p> <p>Agité..... G</p> <p>Toujours en pleurs..... H</p> <p>Pas d'appetit I</p> <p>Autre..... J</p> <p>Ne sait pas Y</p>	
FK04b	<p>La mère devrait elle demander de conseils à cet effet?</p> <p>Ne pas lire les réponses</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON JE VAIS M'EN OCCUPER..... 2</p> <p>NON C'EST PAS NECESSAIRE DE LE TRAITER 3</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>ALLER à Fin</p>
FK04c	Où devrait elle demander conseils?	<p><u>SECTEUR PUBLIC</u></p> <p>CENTRE DE SANTE A</p> <p><u>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</u> B</p> <p><u>AUTRE SOURCE</u></p> <p>AGENT VBC..... C</p> <p>BOUTIQUE D</p> <p>KIOSQUE E</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL F</p> <p>ACN SEECALINE G</p> <p>AUTRE AGENT NUTRITION COMMUNAUTAIRE H</p> <p>AUTRES MERES SEECALINE I</p> <p>AUTRES MERES NON-SEECALINE J</p> <p>MEMBRE DE LA FAMILLE K</p> <p>AUTRE X</p>	

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR/ENQUETRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW
(SI LE QUESTIONNAIRE N'A PAS ÉTÉ REMPLI, EXPLIQUER)

Q1 : LORS DE L'INTERVIEW, QUI D'AUTRE QUE L'ENQUETEE ETAIT PRESENT ?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| A. AUCUNE PERSONNE | D. EPOUX |
| B. ENFANT DE 5 ANS OU MOINS | E. UN ADULTE, MEMBRE DU MENAGE |
| C. ENFANT DE 5 ANS OU PLUS | F. UN ADULTE, NON MEMBRE DU MENAGE |

Q2. COMMENT EVALUEZ-VOUS LA PRECISION DES REPONSES DE L'ENQUETEE ?

- | | |
|-------------|-------------|
| 1 EXCELLENT | 4. PASSABLE |
| 2 BON | 5. MAUVAIS |
| 3. MOYEN | |

Q3. QUELLES QUESTIONS L'ENQUETEE A-T-ELLE TROUVE DIFFICILES/EMBARASSANTES/CONFUSES ?

Q4. QUELLES QUESTIONS L'ENQUETEUR/TRICE A-T-IL TROUVE DIFFICILES/EMBARASSANTES/CONFUSES?

Q5. QUELLES QUESTIONS ONT PARTICULIEREMENT INTERESSE L'ENQUETEE ?

NOM DE L'ENQUETEUR /TRICE : _____ DATE: _____

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR/CONTROLEUSE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

Notes:

NOM DU CONTROLEUR/CONTROLEUSE: _____ DATE: _____