

II.1. ANTHROPOMETRIE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Si l'âge ou la date de naissance de l'enfant n'est pas connu, mesurer l'enfant seulement si il/elle mesure moins de 110 cm.

Date Enquête : I____/____/____ **2019** Numéro de la Région: I____J____ Numéro Grappe : I____J____K____ Numéro de ménage : I____J____K____ Numéro d'équipe : I____J____K____

N° ligne enfant (L1)	Noms et Prénoms de l'enfant	Sexe (M=Masculin F=Féminin)	Date de Naissance JJ/MM/AAAA	Age en mois (a remplir seulement si pas date de naissance)	Poids (kg) (00.0)	Taille (cm) (000.0)	Taille (1=Debout: T≥87cm, 2=Couchée: T<87 cm)	Oedèmes Bilatéraux (y=Oui, n=Non)	PB (mm) (000) Bras Gauche	Enfant [nom] a-t-il un carnet/carte de vaccination? Si oui vérifier la VAR à travers la date de vaccination. Sinon, demander s'il a été vacciné contre la rougeole depuis l'âge de 9 mois. 1=Oui, vérifié sur carnet/carte 2. Oui, mais selon la déclaration de la mère/gardienne 3. Non 4. Ne sait pas	Enfant [nom] a-t-il reçu de la Vitamine A (en montrant la capsule à la mère/gardienne) au cours des 6 derniers mois. 1=Oui, vérifié sur carnet/carte 2. Oui, mais selon la déclaration de la mère/gardienne 3. Non 4. Ne sait pas	Enfant [nom] a-t-il reçu de Déparasitant (en montrant le comprimé à la mère/gardiennette) au cours des 6 derniers mois. 1=Oui, vérifié sur carnet/carte 2. Oui, mais selon la déclaration de la mère/gardiennette 3. Non 4. Ne sait pas	Enfant [nom] a-t-il eu une infection respiratoire aiguë (toux, difficultés respiratoires, écoulement des narines ou nez bouché) au cours des 2 dernières semaines ? 1. Oui 2. Non 3. NSP	Enfant [nom] a-t-il fait la diarrhée au cours des 2 dernières semaines ? (au moins 3 selles liquides par jour) 1. Oui 2. Non 3. NSP	Enfant [nom] a-t-il eu de la fièvre (corps plus chaud que d'habitude) au cours des 2 dernières semaines ? 1. Oui 2. Non 3. NSP	Test d'anémie (taux d'hémoglobine) Hb (00.0)
E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17
I____		I____	Jour Mois Année I____/I____/I____	Mois I____	I____,I____	I____,I____	I____	I____	I____	VAR I____	I____	I____	I____	I____	I____	I____,I____
I____		I____	Jour Mois Année I____/I____/I____	I____	I____,I____	I____,I____	I____	I____	I____	VAR I____	I____	I____	I____	I____	I____	I____,I____
I____		I____	Jour Mois Année I____/I____/I____	I____	I____,I____	I____,I____	I____	I____	I____	VAR I____	I____	I____	I____	I____	I____	I____,I____
I____		I____	Jour Mois Année I____/I____/I____	I____	I____,I____	I____,I____	I____	I____	I____	VAR I____	I____	I____	I____	I____	I____	I____,I____
I____		I____	Jour Mois Année I____/I____/I____	I____	I____,I____	I____,I____	I____	I____	I____	VAR I____	I____	I____	I____	I____	I____	I____,I____
I____		I____	Jour Mois Année I____/I____/I____	I____	I____,I____	I____,I____	I____	I____	I____	VAR I____	I____	I____	I____	I____	I____	I____,I____
I____		I____	Jour Mois Année I____/I____/I____	I____	I____,I____	I____,I____	I____	I____	I____	VAR I____	I____	I____	I____	I____	I____	I____,I____
I____		I____	Jour Mois Année I____/I____/I____	I____	I____,I____	I____,I____	I____	I____	I____	VAR I____	I____	I____	I____	I____	I____	I____,I____
I____		I____	Jour Mois Année I____/I____/I____	I____	I____,I____	I____,I____	I____	I____	I____	VAR I____	I____	I____	I____	I____	I____	I____,I____

II.2. ANTHROPOMETRIE FEMMES AGEES DE 15 A 49 ANS (utilisé le même numéro qui est dans le questionnaire mortalité)

N° ligne femme (L1)	Noms et Prénoms de la femme	Age en année révolue	PB (mm) (000) Bras Gauche
F1	F2	F3	F4

LISTE DES MEMBRES DU MENAGE

Date Enquête : |_|_|/|_|_|/|_|_|_ Numéro Grappe : |_|_|_| Numéro Equipe : |_|_| Numéro Ménage : |_|_|

Période de Rappel : depuis la fete de Ramadan (23 Mai 2020)

N° ligne	S'il vous plaît, donnez-moi le nom des personnes actuellement présentes dans votre ménage en commençant par le chef de ménage	Sexe (M=Masculin F=Feminin)	Age en Années (si l'enfant < 1 an, ecrire '0')	A rejoint le ménage depuis la fete de ramadan à aujourd'hui (O=Oui, n=Non) exclure naissances	A quitté le ménage depuis la fete de ramadan à aujourd'hui (O=Oui, n=Non)	Est né entre le jour de la fete de ramadan à aujourd'hui (O=Oui, n=Non)	Est décédé entre le jour de la fete de ramadan à aujourd'hui (O=Oui, n=Non)	Observations
L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9
1		_	_ _	_		_		
2		_	_ _	_		_		
3		_	_ _	_		_		
4		_	_ _	_		_		
5		_	_ _	_		_		
6		_	_ _	_		_		
7		_	_ _	_		_		
8		_	_ _	_		_		
9		_	_ _	_		_		
10		_	_ _	_		_		
11		_	_ _	_		_		
12		_	_ _	_		_		
13		_	_ _	_		_		
14		_	_ _	_		_		
15		_	_ _	_		_		
16		_	_ _	_		_		
17		_	_ _	_		_		
18		_	_ _	_		_		
19		_	_ _	_		_		
20		_	_ _	_		_		

ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Inclure tous les enfants âgés de 0 à 23 mois,

Posez les questions ci-dessous à la mère de l'enfant ou la personne qui s'occupe de lui.

		C1																				
ANJE01	Prénom de l'enfant	_____																				
ANJE02	Numéro de l'enfant (se référer à la fiche de composition du ménage) #	NUMÉRO <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>																				
ANJE03	Sexe de l'enfant	Masculin=M <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Feminin=F																				
ANJE04	Age de l'enfant en mois	ÂGE EN MOIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>																				
ANJE05	Avez-vous allaité (NOM DE L'ENFANT)?	OUI 1 NON 2 (PASSER À ANJE09) ←																				
ANJE06	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM DE L'ENFANT) au sein pour la première fois ? IMMÉDIATEMENT (<30 min Inscrivez 00) Si moins d'1 heure, noter "00" heure Si entre 1 heure et 24 heures, encercler 1 Si plus de 24 heures, encercler 2	<table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 100px; vertical-align: top;"> <tr> <td>IMMÉDIAT</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td><1 heure</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HEURES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>JOURS</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">8</td> </tr> </table>	IMMÉDIAT	0	0	0	<1 heure				HEURES	1	1		JOURS	2	2		NE SAIT PAS	8		
IMMÉDIAT	0	0	0																			
<1 heure																						
HEURES	1	1																				
JOURS	2	2																				
NE SAIT PAS	8																					
ANJE07	Allaitez-vous encore (NOM DE L'ENFANT) ?	OUI 1 (PASSER À ANJE09) ← NON 2																				
ANJE08	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM DE L'ENFANT) ?	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> NE SAIT PAS 8																				
ANJE09	Est-ce que (NOM DE L'ENFANT) a bu quelque chose au biberon hier durant le jour ou la nuit ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																				
ANJE10	Maintenant, je voudrais vous demander quel liquide (NOM DE L'ENFANT) a-t-il bu hier pendant le jour ou la nuit (NOM DE L'ENFANT) a-t-il/elle bu :	OUI NON NSP																				

a.	Lait Maternel	a.	1	2	8
b.	Eau ?	b.	1	2	8
c.	Lait artificiel pour bébé (comme Nursie, Guigoz, etc..) ?	c.	1	2	8
c1.	Combien de fois a-t-il pris les liquides cités en c?	c1.	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		
d.	Tout autre type de lait, comme le lait en boîte, en poudre, ou le lait frais d'origine animale?	d.	1	2	8
d1.	Combien de fois a-t-il pris les liquides cités en d?	d1.	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		
e.	Jus de fruit ou dérivés de jus?	e.	1	2	8
f.	Bouillon clair?	f.	1	2	8
g.	Yaourt d'origine animale?	g.	1	2	8
g1.	Combien de fois a-t-il pris les liquides cités en g?	g1.	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		
h.	Bouillon dilué?	h.	1	2	8
i.	Thé, café, tisane, décoction ?	i.	1	2	8
j.	Autres liquides tels que l'eau sucrée, les boissons gazeuses ou les bouillons	j.	1	2	8
ANJE11 Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture (NOM DE L'ENFANT) a-t-il reçu hier pendant le jour ou la nuit					
			OUI	NON	NSP
a.	Bouillie, boule, Pain, Biscuits, Beignets de blé/galettes autres aliments à base de céréales tels que Couscous, Riz avec sauce, ou Pâte à base mil, sorgho, maïs ou autre céréale ?	a.	1	2	8
b.	Arachides, Niébé, Sésame, Lentilles, et autres noix ou légumineuses?	b.	1	2	8
c.	Produits Lactés - fromage, yaourt ou lait caillé ?	c.	1	2	8
d.	Viande, Volaille, Poisson, Foie ou Abats?	d.	1	2	8
e.	Œufs ?	e.	1	2	8

	f. Mangue, Papaye, Carottes Courges/Citrouille ou Patate Douce de Chair jaune ou orange ?	f. 1 2 8
	g. Tout autre Fruit et Légume?	g. 1 2 8
ANJE12	Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM DE L'ENFANT) a-t-il/elle été nourri(e) de purées ou d'aliments solides/semi-solides? Si 7 fois ou plus, noter "7"	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>

EAU HYGIENE ET ASSAINISSEMENT

Un questionnaire par ménage

(CE QUESTIONNAIRE DOIT ÊTRE ADMINISTRÉ AU CHEF DE MÉNAGE OU SON REPRESENTANT)

Date
d'enquête: | | / | | / **2020**

Numéro de grappe: | | | | |

Numéro d'Equipe: | | |

Numero de la Région: | | | |

Numéro de Ménage : | | | |

N°	QUESTION	CODES RÉPONSES	
WS1	Combien de personnes vivent dans ce ménage et qui ont dormi ici la nuit dernière ?		
WS2	Quelle est la source principale d'eau de boisson pour les membres de votre ménage? NE PAS LIRE LES RÉPONSES (UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE)	Robinet/Fontaine publique1 Mini aduction d'eau /Forage 2 Puits protégé (avec couvercle)3 Source d'eau protégée 4 Eau de pluie collectée 5 Source d'eau non protégée 6 Puits non protégé7 Eau en bouteille/Sachet8 Eau de surface (exemple rivière, étang)..... 9 Autres98 Ne sais pas 99	
WS3	Quel type de latrines votre ménage utilise-t-il ? NE PAS LIRE LES RÉPONSES (UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE)	Chasse d'eau à un système d'égout1 Chasse d'eau à une fosse septique.....2 Fosses/latrines ventilées améliorées.....3 Latrines avec dalle4 Latrines sans dalle/trou ouvert5 Seau/tinette6 Pas de toilettes/nature.....7	 SI LA RÉPONSE EST 4, ALI
WS4	Dans quelle circonstance lavez-vous les mains POSER LA QUESTION A LA MERE/GARDIENNE DE L'ENFANT ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	AVANT DE PRÉPARER LES REPAS..... 1 AVANT DE DONNER À MANGER AUX ENFANTS.....2 APRÈS ÊTRE ALLÉ AUX TOILETTES3 APRÈS AVOIR NETTOYÉ UN ENFANT QUI A FAIT LES SELLES4 AVANT ET APRES LES REPAS 5 APRES AVOIR TOUCHE A UN OBJET SALE 6 AUTRE9	
WS5	Que faites-vous des ordures ménagères ? NE PAS LIRE LES RÉPONSES (UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE)	JETER DANS LA NATURE (rue, hors de la cour, marre).....1 DEPOSER DANS UNE FOSSE FERME.....2 DEPOSER DANS UNE FOSSE OUVERTE3 DEPOSER DANS LES BACS A ORDURES.....4 BRULER.....5 METTRE A COTE (ENTASSEES DANS LA COUR)6 NE SAIT PAS8 AUTRE9	

Niveau d'hémoglobine (toutes les femmes et enfants éligibles)		
Enfants de 6 à 59 mois		
demande du consentement au parent/responsable de l'enquête pour le test d'anémie		
Noms et N° de ligne du parent/responsable : _____ /_/_/		
<p>Dans cette enquête, nous demandons aux parents des enfants dans tout le pays de participer au test d'anémie.</p> <p>L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p> <p>Vous pouvez dire « Oui » ou « Non » pour le test, c'est votre droit.</p> <p>Êtes-vous d'accord pour participer au test d'anémie ?</p>		
mh.2 résultat de la demande du consentement de l'enquêtée	1. accepte 2. refuse 3. Autre : _____ _____	/_/_/
mh.3 renseigner le niveau d'hémoglobine	G/DL /_/_/_./_/_/	
Femmes adultes (15 ans à 49 ans)		
demande du consentement de l'enquêtée pour le test d'anémie		
<p>Dans cette enquête, nous demandons aux femmes comme (prénom de l'adolescente) dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats seront communiqués à vous.</p> <p>Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p> <p>Vous pouvez dire « Oui » ou « Non » pour le test de (prénom de l'adolescente), c'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (prénom de l'adolescente) à participer au test d'anémie ?</p>		
mh.2 résultat de la demande du consentement de l'enquêtée	1. accepte 2. refuse 3. Autre : _____ _____	/_/_/
mh.2 Statut de la femme	1 = Enceinte 2 = Allaitante 3 = Enceinte et allaitante 4 = Non enceinte non allaitante	
mh.3 renseigner le niveau d'hémoglobine	G/DL /_/_/_./_/_/	

C. CONSOMMATION ALIMENTAIRE

Diversité alimentaire chez la femme
CEREALE
TUBERCULE
LEGUMINEUSE
NOIX ET GRAINES
LAIT
VIANDE
ABATS
POISSON
OEUF
FEUILLE VERT FONCE
LEGUME

FRUIT
AUTRELEGUME
AUTRE FRUIT
HUILE

select_one

NTAIRE CHEZ LA FEMME 15 à 49 ANS DANS LES DERNIERES 24 HEURES

Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture (NOM) a-t-il mangé/bu hier pendant le jour	Groupe
1. CEREALES : Sorgho, mil, maïs, blé, riz, pâtes (spaghettis et autres), pain/galette, beignets (non sucrés) ;	1
2. TUBERCULES BLANCS ET RACINES : Pommes de terre blanches, ignames blancs, manioc ou aliments à base de racines	
3. LEGUMINEUSES : Niebe, pois, lentilles ou aliments dérivés de haricots ou des pois.	2
4. NOIX ET GRAINES : Toute noix, arachide ou certaines graines, ou beurres/pâtes de noix ou de graines ou autres aliments dérivés	3
5. LAIT ET PRODUITS LAITIERS : Lait, fromage, yaourt ou autres produits laitiers	4
6. Viande, volaille : chèvre, mouton, bœuf, poulet, chameau, gibier,	5
7. Abats : Foie, rognons, cœur et autres abats ou aliments élaborés à partir de sang	
8. POISSON ET FRUITS DE MER : Poisson frais ou séché (carpes, silures, capitaine, thon en boîte, sardine, etc) ou crustacés	
9. ŒUFS	6
10. LEGUMES FEUILLES VERT FONCE : Légumes vert foncé à feuilles, espèces sauvages incluses + feuilles riches en vitamine A disponibles localement telles que les feuilles de manioc, etc.	7
11. LEGUMES ET TUBERCULES RICHES EN VITAMINE A : Citrouille, carotte, courge ou patates douces dont la chair est orange + autres légumes riches en vitamine A disponibles localement (ex. poivron)	8

12. FRUITS RICHES EN VITAMINE A : Mangues mûres, Papaye, melon cantaloup, abricots secs, pêches sèches + autres fruits riches en vitamine A disponibles localement	
13. AUTRES LEGUMES : Tomate, oignon, aubergine, espèces sauvages incluses	9
14. AUTRES FRUITS : Banane, pomme, citron, mandarine, etc...	10
14. HUILES ET GRAISSES : Huile, graisses ou beurre ajoutés aux aliments ou utilisés pour la cuisson	A ne pas inclure

CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DES MENAGES

(Un questionnaire par ménage)

(CE QUESTIONNAIRE DOIT ÊTRE ADMINISTRÉ AU CHEF DE MÉNAGE OU A SON REPRESENTANT)

Section A : Identification du Ménage

Date : /___/___/ 2020	Numéro de Ménage : /___/___/
Numéro de la Région : /___/___/	Numéro d'Equipe : /___/___/
Numéro de Grappe : /___/___/___/___/	

Section B : Caractéristiques socio-économiques

Q.0. Sexe du chef du menage : 1: _____ 2: Femnin _____ /___/	
Q. 1. Nom du (de la) Répondant (e) : Numéro de téléphone si possible : _____	
Q. 2. Identifiant du (de la) Répondant(e) (Voir sur le questionnaire mortalité) :	/___/___/
Q. 3. Statut matrimonial de la mère/gardienne de l'enfant? 1. Mariée 2. Célibataire 3. Divorcée 4. Veuve	/___/
Q. 4. Niveau d'instruction le plus élevé atteint de la mère/gardienne de l'enfant? 1. Aucun 2. Alphabétisé 3. Niveau Primaire 4. Niveau Secondaire 5. Niveau Supérieur	/___/
Q. 5. Quelle est la principale source de revenu du ménage 1. Agriculture 2. Elevage 3. Pêche 4. Artisanat 5. Commerce / Entreprise 6. Petit Commerce 7. Transport 8. Activité occasionnelle génératrice de revenus 9. Salarié du public 10. Autre Emploi Salarie 11. Autre (Spécifier)	/___/
