

**ALIMENTATION DES ENFANTS (DANS LES DERNIERES 24 HEURES) : ENFANTS [6-23 MOIS]**

<b>I. REGIME ALIMENTAIRE MINIMUM ACCETABLE</b>			
<b>Si le ménage comporte au moins un enfant de 6 à 23 mois</b>			
Identifiant de l'enfant			
Date de naissance			
Age en mois	____		
NOM a-t-il été allaité hier au cours de la journée ou de la nuit ?	1. Oui 2. Non 3. Ne ne sait pas  ____  <i>Cocher « oui » tout enfant qui est allaité par des femmes autres que la mère, ou tout enfant qui reçoit le lait maternel d'une autre femme à la cuillère, dans une tasse, ou en biberon ou autres ustensiles ou bouteilles, etc</i>		
Combien de fois au cours de la journée ou de la nuit précédente NOM a consommé les aliments ci-contre ?	1. Oui 2. Non	Nombre de fois	
	Les préparations pour nourrissons  ____	____	
	Lait (boîte de conserve, en poudre ou le lait animal frais)  ____	____	
	Yaourt, lait caillé  ____	____	
	Bouillies  ____	____	
S'il vous plait décrire tout ce que NOM a mangé hier au cours de la journée ou de la nuit, que ce soit à la maison ou à l'extérieur de la maison			
a. Bouillie liquide ou bouillon	Oui	Non	NSP
a. Bouillie, pain, riz, tô, couscous ou d'autres aliments à base de céréales	Oui	Non	NSP
b. Potiron, carottes, courges, patates douces à chair jaune ou orange	Oui	Non	NSP
c. Pommes de terre à chair blanches, l'igname, le manioc blanc, le manioc, ou d'autres aliments à base de racines ou tubercules	Oui	Non	NSP
d. Toutes les légumes vert foncé à feuilles	Oui	Non	NSP
e. Mangue mures, papayes mures, ou (insertion d'autres des aliments locaux riche en vitamines A)	Oui	Non	NSP
f. tous les autres fruits ou légumes	Oui	Non	NSP
g. foie, les reins, le cœur, ou d'autres abats	Oui	Non	NSP
h. toute viande, comme bœuf, le porc, lapin, chèvre, poulet, canard ou autres viandes	Oui	Non	NSP
i. œufs	Oui	Non	NSP
j. poissons frais ou secs, crustacés, fruits de mer	Oui	Non	NSP
l. fromage, yaourt, ou d'autres produits laitiers	Oui	Non	NSP
k. tous les aliments fabriqués à partir de haricots, les pois, les lentilles, les noix ou amandes	Oui	Non	NSP
Tous les aliments faits à partir d'huile de palme ou de noix de palme	Oui	Non	NSP
<b>Produits nutritionnels fortifiés</b>			
n. aliments solides, semi-solides ou mous enrichis pour bébés/enfants	Oui	Non	NSP
o. poudres de micronutriments ou MNPs	Oui	Non	NSP
p. produits nutritionnels spécialisés (Plumpy Sup, Plumpy Nut, Nutributter)	Oui	Non	NSP
q. formule enrichie pour nourrisson/enfants	Oui	Non	NSP
Combien de fois NOM a mangé solide, semi-solide, ou des aliments mous hier au cours de la journée ou de la nuit ?	____ NOMBRE DE FOIS		



<b>II. ANTHROPOMÉTRIE ENFANT 6-59 MOIS</b>		
Sexe de l'enfant <b>1. Masculin 2. Féminin</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de naissance		
Age en mois	<input type="text"/> <input type="text"/> mois	<input type="text"/> <input type="text"/> mois
Poids	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Taille Position couchée < 87 Cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Taille Position debout > 87 Cm		
Œdèmes <b>1=Oui 2=Non</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUAC (mm)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant dispose d'un carnet de santé ? <b>1=Oui 2=Non</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant fréquente t il un centre de santé ? <b>1=Oui 2=Non</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si l'enfant a plus de 5 mois, a-t-il reçu une supplémentation en vitamine A ? <b>1=Oui 2=Non</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 = Diarrhée simple 2 = IRA 3 = Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espace inter génésique avec l'ainé immédiat ? [écrivez le nombre des mois]	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q111. Résultat <b>1. Mesuré 2. Absent 3. Refus 4. Autre</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

