



QUESTIONNAIRE

ANNEXE 1: QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE

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 : ____/____/____ 2019 Numéro de la Région : ____ Numéro Grappe : ____ Numéro de ménage : ____ Numéro d'équipe : ____

N° ligne enfant (E1)	Noms et Prénoms de l'enfant	Sexe (M=Masculin, F=Féminin)	Date de Naissance JJ/MM/AAAA	Age en mois (à remplir seulement si pas date de naissance)	Poids (kg) (00.0)	Taille (cm) (000.0)	Taille (H=Haut, L=Long, 2=Courbe, 1=Normal)	Oedème Bilatéral (P=Oui, N=Non)	PB (mm) (000) Bras Gauche	Enfant [nom] a-t-il eu une éruption cutanée de vaccination? Si oui, vérifiez le VHR 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/quelqu'un 3-Non 4-Ne sait pas	Enfant [nom] a-t-il eu la rougeole ou une infection respiratoire aiguë (toux, difficulté respiratoire, etc.) au cours des 6 derniers jours? 1-Oui, vérifié sur carnet/carte 2-Oui, mais selon la déclaration de la mère/quelqu'un 3-Non 4-Ne sait pas	Enfant [nom] a-t-il eu une infection respiratoire aiguë (toux, difficulté respiratoire, etc.) au cours des 2 derniers jours? 1-Oui, vérifié sur carnet/carte 2-Oui, mais selon la déclaration de la mère/quelqu'un 3-Non 4-Ne sait pas	Enfant [nom] a-t-il eu une infection respiratoire aiguë (toux, difficulté respiratoire, etc.) au cours des 2 derniers jours? 1-Oui, vérifié sur carnet/carte 2-Oui, mais selon la déclaration de la mère/quelqu'un 3-Non 4-Ne sait pas	Enfant [nom] a-t-il eu une infection respiratoire aiguë (toux, difficulté respiratoire, etc.) au cours des 2 derniers jours? 1-Oui, vérifié sur carnet/carte 2-Oui, mais selon la déclaration de la mère/quelqu'un 3-Non 4-Ne sait pas	Enfant [nom] a-t-il eu une infection respiratoire aiguë (toux, difficulté respiratoire, etc.) au cours des 2 derniers jours? 1-Oui, vérifié sur carnet/carte 2-Oui, mais selon la déclaration de la mère/quelqu'un 3-Non 4-Ne sait pas	Test d'immunité (toux 4-hémoglobine) (00.0)
E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17
			Jour Mois Année	Mois						VAR						
			Jour Mois Année							VAR						
			Jour Mois Année							VAR						
			Jour Mois Année							VAR						
			Jour Mois Année							VAR						
			Jour Mois Année							VAR						
			Jour Mois Année							VAR						
			Jour Mois Année							VAR						
			Jour Mois Année							VAR						
			Jour Mois Année							VAR						

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

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

ANJE10	Maintenant, je voudrais vous demander quel liquide (NOM DE L'ENFANT) a-t-il bu hier pendant le :	OUI	NON	NSP
a.	Lait Maternel	1	2	8
b.	Eau ?	1	2	8
c.	Lait artificiel pour bébé (comme Nursie, Guigoz, etc.) ?	1	2	8
c1.	Combien de fois a-t-il pris les liquides cités en c?			
d.	Tout autre type de lait, comme le lait en boîte, en poudre, ou le lait frais d'origine animale?	1	2	8
d1.	Combien de fois a-t-il pris les liquides cités en d?			
e.	Jus de fruit ou dérivés de jus?	1	2	8
f.	Bouillon clair?	1	2	8
g.	Yaourt d'origine animale?	1	2	8
g1.	Combien de fois a-t-il pris les liquides cités en g?			
h.	Bouillon dilué?	1	2	8
i.	Thé, café, tisane, décoction ?	1	2	8
j.	Autres liquides tels que l'eau sucrée, les boissons gazeuses ou les bouillons	1	2	8