Questionnaire N. 4a : Antropométrie

Date de l'enquête (Jour/Mois/An) _____ Nom de l'enquêteur : _____

Village : _____ Code de la **SE**: _____

Nom de Chef de l'UPA : _____ Code de l'**UPA** : _____

Nom de l'enfant			**Date de la pesée**	**Méthode de mesurer** 1-Allongé (<24 mois) 2-Débout (>=24 mois) 3-Malade, pas mesurer 4-Absent, pas mesurer 5-Décédé, pas mesurer	**Poids** (en grammes)	**Taille** (en centimètres)	**Vaccins reçus depuis dernière visite**			**Maladie depuis dernière visite** 1-Oui **(Fiche →4b)** 2-Non
Nom	**Prénom**	**Code Mem.**	(J / M /A)				1er	2ème	3ème	
		MEM	**DATE**	**A1**	**A2**	**A3**	**A4a**	**A4b**	**A4c**	**A5**

Codes Vaccinations: 1=BCG 2= Polio 0 3= Polio/DTC1 4= Polio/DTC2
5= Polio/DTC3 6= Vitamin A 7= Rougeole 8= Fièvre jaune
9= Journée Nationale de Vaccination

Questionnaire N. 4b : Maladie

Date de l'enquête (Jour/Mois/An) _____ Nom de l'enquêteur : _____

Village : _____ Code de la **SE**: _____

Nom de Chef de l'UPA : _____ Code de l'**UPA** : _____

A remplir pour chaque enfant qui a été malade depuis la dernière visite **(sur la fiche N. 4a, où A5=1)**.

Nom de l'enfant			**Maladie** 1 = Diarrhée 2 = Toux 3 = Fièvre/Palue 4 = Vomissement 5 = Maux d'yeux 6 = Maux d'oreilles *(préciser d'autres réponses)*	**Période de maladie**		**Type de diagnostique** 1=Rien 2=Auto-diagnostique 3=Consulté médicin 4=Consulté guerisseur 5=Consulte famille/ami 6=Consulté dispensaire *(préciser d'autres réponses)*	**Type de traitement** 1=Rien 2=SRO 3=Medicament moderne 4=Medicament traditonnel 5=De l'eau *(préciser d'autres réponses)*	**Montant du paiement**	**Qui a payé** 0 = Gratuit 1 = Mère 2 = Père 3 = Chef UPA (si différent) 4 = Autre mem. de l'UPA 5 = Ami / tiers personne
Nom	**Prénom**	**Code Mem.**		Début (J/M/A)	Fin (J/M/A)				
		MEM	**MAL**	**DATEDEB**	**DATEFIN**	**M1**	**M2**	**M3**	**M4**